UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1912. — N° 23

DES RAPPORTS

DU

Paludisme avec les Lésions de l'Aorte

—

Étude critique et contribution personnelle

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 20 Novembre 1912

PAR

Marcel GRANGER

Né à Alger, le 16 janvier 1886

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN-DELTEIL, *professeur de clinique médicale.* — PRÉSIDENT.
SOULIÉ, *professeur de pathologie générale, microbiologie et parasitologie,* — JUGES.
CRESPIN, *professeur d'hygiène et de médecine légale.* — JUGES.
GILLOT, *chargé des fonctions d'agrégé.* — JUGES.

ALGER
ADOLPHE JOURDAN, ÉDITEUR
PLACE DU GOUVERNEMENT

1912

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536524_0055

DES RAPPORTS

DU

Paludisme avec les Lésions de l'Aorte

—

Étude critique et contribution personnelle

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1912. — N° 23

DES RAPPORTS

DU

Paludisme avec les Lésions de l'Aorte

—

Étude critique et contribution personnelle

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 20 Novembre 1912

ACAD. LUGD.BAT. BIBL.

PAR

Marcel GRANGER

Né à Alger, le 16 janvier 1886

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN-DELTEIL, *professeur de clinique médicale.* — PRÉSIDENT.

SOULIÉ, *professeur de pathologie générale, microbiologie et parasitologie....*
CRESPIN, *professeur d'hygiène et de médecine légale.*
GILLOT, *chargé des fonctions d'agrégé.....* — JUGES.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM.	CURTILLET (I. ✠).
ASSESSEUR		VINCENT (I. ✠).

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	WEBER (I. ✠).
Anatomie pathologique et histologie		POUJOL (I. ✠).
Physiologie		REY (✲, I. ✠).
Clinique médicale		ARDIN-DELTEIL (I. ✠).
Clinique chirurgicale		VINCENT (I. ✠).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées		BRAULT (✲, I. ✠).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		CURTILLET (I. ✠).
Clinique obstétricale		ROUVIER (✲, I. ✠).
Clinique ophtalmologique		CANGE (A. ✠).
Chimie médicale et toxicologie		MALOSSE (I. ✠, ◎).
Physique médicale et biologique		GUILLEMIN (✲, I. ✠).
Pharmacie		BATTANDIER (I. ✠).
Matière médicale et thérapeutique		HÉRAIL (I. ✠).
Histoire naturelle médicale		TRABUT (✲. I. ✠, O. ❁).
Pathologie générale, microbiologie et parasitologie		SOULIÉ (I. ✠).
Hygiène et médecine légale		CRESPIN (I. ✠).

CHARGÉ DE COURS

Chimie biologique	M.	SAMBUC (I. ✠).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Chaires d'anatomie et de physiologie	MM.	LEBLANC (A. ✠).
Chaires de pathologie et de clinique internes		GILLOT (A. ✠).
Chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale		E. CABANES (A. ✠). FUSTER.
Chaires de chimie et de physique		MALOSSE (A. ✠).
Chaires de pharmacie et de matière médicale		MUSSO.
Section de médecine générale		RAYNAUD.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine		VIGUIER.
Section d'anatomie		ARGAUD (A. ✠).

Je dédie cet ouvrage :

A la mémoire de mon Père.

A ma Famille.

A mes Amis.

M. GRANGER.

A la mémoire de mes Maîtres.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine d'Alger.

A mes Maîtres de l'Hôpital civil de Mustapha.

A mon Président de Thèse :

M. le Professeur ARDIN-DELTEIL.

A mes Juges.

M. GRANGER.

AVANT-PROPOS

Le fait de reprendre une question, alors qu'elle se présente d'elle-même, semble devoir en augmenter l'intérêt.

Aussi tenons-nous, pour lui donner toute sa valeur, à en exposer succinctement la genèse.

La question des rapports du Paludisme et de l'Aorte, longtemps discutée, semble avoir été abandonnée depuis de nombreuses années ; et les vastes champs d'études dans lesquels nous placent les milieux hospitaliers algériens, ont offert à notre maître et ami, le Dr Dumolard, médecin des hôpitaux, les éléments nécessaires, pour étudier à nouveau cette question, si particulièrement intéressante, et des faits cliniques suffisamment démonstratifs, pour lui permettre de ne plus douter maintenant, de la réalité d'un rapport entre l'infection paludéenne et l'aortite.

Sur ses conseils, nous avons groupé ces éléments, pour essayer d'apporter notre contribution à l'élaboration de ce problème clinique.

Et maintenant, qu'il nous soit permis de dire toute notre profonde reconnaissance, et d'adresser tous nos plus affectueux remerciements à nos amis les Drs Dumolard, Lemaire, Viallet et Aubry pour leur précieuse collaboration, à laquelle nous devons notre travail.

Historique de la question

L'influence du paludisme sur l'appareil cardio-vasculaire en général, a été soupçonnée il y a près d'un siècle.

A ce moment là, l'observation méthodique de tous les organes, à l'autopsie, permit à *Baumes*, pour la première fois en 1821, de constater l'état de flastidité du cœur chez un paludéen. Cet examen pratiqué de la même façon par *Maillot* en 1836, *Boudin* en 1842, et *Kalther* en 1846 les amenèrent aux mêmes conclusions.

Ce n'est qu'en 1849 que pour la première fois *Lemaitre* et après lui *Hamernych* émettent l'hypothèse d'une relation entre le paludisme et l'aortite, sans préciser la façon dont ils y ont été amené.

Recherchant la cause des crises d'angine de poitrine *Dickinson, Hutchinson* et *Percy Kidd* publient dans les Transactions pathologiques de Londres en 1865 des cas de mort subite chez des malades atteints d'angor pectoris. Ils trouvaient à leur autopsie des lésions de la première portion de l'aorte, aortite simple ou anévrysme. Etant donné qu'il ne s'agissait pas de démontrer l'influence paludéenne, nous ne retrouvons pas dans ces observations, les antécédents de ces malades, mais il est intéressant de les retenir cependant si on considère qu'elles ont été prises en plein foyer paludéen.

Nous retrouvons encore avec *Dutrouleau, Griensinger* en 1861 et *Collin* en 1870 des statistiques de paludéens à l'autopsie desquels il a été constaté soit de l'hypertrophie cardiaque, soit de l'endocardite, mais sans qu'il soit encore question d'aortite.

Il faut arriver à *Durozier* en 1870, pour trouver sept observations de paludéens avec des lésions qu'il localise nettement dans l'aorte, sans en préciser le siège et ne faisant que présenter ces observations sans les commenter.

Ce n'est qu'en 1873 que *Lancereaux* présente le premier travail le plus important dans les Archives générales de médecine sur « l'Endocardite végétante et ulcéreuse, dans ses rapports avec l'intoxication palustre. » « Cette endocardite, dit Lancereaux, constituée par des végétations plus ou moins considérables, sont localisées de préférence aux valvules sigmoïdes de l'aorte et sont communes chez les individus affectés de fièvres intermittentes. »

Dans ce même travail, Lancereaux présente quatre observations, dans lesquelles, les malades de 22 à 30 ans ayant contracté le paludisme 2 ou 3 ans auparavant, sans aucune autre infection apparente, succombent à l'intoxication. A l'autopsie, il trouve les valvules de l'aorte irrégulières et végétantes.

Il relate, encore, 2 cas d'endocardite avec anévrysmes et ulcérations des valvules semi-lunaires de l'aorte, relatifs à un colon et à un ancien soldat d'Afrique, qui tous deux avaient subi les atteintes du miasme paludéen.

Et il termine en publiant l'observation d'un paludéen non syphilitique qui présenta des crises d'angine de poitrine, qui cédèrent au sulfate de quinine. Le diagnostic ne put être confirmé par l'autopsie.

Ne perdant pas de vue, la question, Lancereaux recueille différentes observations qu'il publie dans son Traité d'Anatomie pathologique deux ans après, en 1875. Là il décrit et localise pour la première fois, avec précision, la lésion sur laquelle nous reviendrons.

Voilà donc le fait établi et nettement présenté par

Lancereaux ; et cependant, malgré ces publications, *Griensinger* et *Vallin* dans leur Traité des maladies infectieuses, en 1877, ne parlent que de l'endocardite paludéenne en général.

Seuls les « Bulletins de la Société anatomique » parus à cette date, citent le cas d'une femme de 40 ans, présentée par *Paulin* en 1878, dont les antécédents pathologiques ne sont pas indiqués, qui atteinte depuis 7 à 8 mois d'angine de poitrine, succomba tout à coup dans une crise et présenta pour toute lésion une aortite aiguë.

Nous y retrouvons aussi, la Thèse présentée par le *Dr Léger* à Paris en 1878 et dans laquelle, un fait absolument semblable y est rapporté. C'est un homme de 35 ans, qui avait eu les fièvres intermittentes en Afrique, et qui succomba dans une crise d'angor pectoris. A l'autopsie, aortite aiguë. (Obs. Léger 1877).

C'est encore cette même année que *Julié* présente dans « Les Archives de médecine, chirurgie et pharmacie militaires », cet intéressant article qu'il intitule : « Histoire d'épidémie d'affections du cœur au 16e escadron du Train des équipages de Lunel. » Ce sont 43 soldats, tous d'anciens paludéens, qui présentèrent au cours de l'année, principalement pendant les mois de juillet et de septembre, des accès de dyspnée à des heures à peu près régulières. L'auteur pense au paludisme pour différentes raisons qu'il expose et que nous verrons plus loin.

Après lui, ce sont *Kelsch et Kiener*, dans leur « Traité des maladies des pays chauds », paru en 1889, qui quoique n'admettant pas les lésions d'aortite paludéenne, décrivent cependant des troubles fonctionnels du cœur avec dyspnée et sensation douloureuse dans la région précordiale, qu'ils ont rencontré eux aussi chez des paludéens ; mais, ce qui ne les autorise pas, comme le dit Kelsch dans une séance de l'Académie de médecine à

admettre un rapport, entre l'aortite et le paludisme. Ils se contentent de rattacher ces désordres fonctionnels à de l'anémie ou à de l'excitabilité anormale du système nerveux irrigué par un sang appauvri.

Dans l'intervalle, le *Dr Huchard* a publié dans le « Bulletin de la Société anatomique » en 1883, le cas d'un homme de 32 ans, ancien soldat d'Afrique, mort d'angine de poitrine et chez lequel l'aorte était lésé. Les antécédents paludéens ne sont qu'à l'état d'hypothèse.

Nous citerons encore l'observation de *Poulalion* parue dans le « Bulletin de la Société Anatomique » en 1890 d'un ancien soldat, atteint de fièvres intermittentes en Afrique, qui fut pris d'accès d'angine de poitrine, auxquels il succomba. Il présenta à l'autopsie une aortite avec anévrysme de la première portion de l'aorte ; l'auteur ajoute, sans rétrécissement ni athérome des artères coronaires.

Pénétré de ces idées, quelques temps après, *Rauzier* publie un article dans la « Revue de Médecine », admet les relations du paludisme et des accidents dyspneïques, et les explique par une altération purement fonctionnelle des valvules du cœur.

C'est alors que *Lancereaux* reprend la question sur le terrain de l'Anatomie Pathologique et qu'il décrit en 1891 dans le « Bulletin Médical », les lésions anatomiques des tuniques de l'aorte, lésions qui présentent des caractères tout particuliers, absolument distincts de ceux de l'artérite syphilitique et de l'arterio-sclérose.

Si cette conception n'est pas généralement admise, certains auteurs cependant, reconnaissent qu'un impaludique, peut à un moment de sa vie, présenter de l'hypertrophie cardiaque, de l'endocardite ou de l'aortite entraînant alors de l'angine de poitrine.

C'est ainsi qu'*Huchard*, en 1892, dans la « Gazette de médecine et de chirurgie » reparle du paludisme et de l'aorte, en disant qu'il y a des aortites chroniques, des dilatations, des anévrysmes de l'aorte, n'ayant pas d'autre cause que le paludisme. Il décrit la lésion avec plus de précision en disant : « Ce n'est pas une endartérite oblitérante, mais bien une artérite en plaques qui a pour caractères, de se localiser sur l'aorte et de se terminer par des anévrysmes. Ces plaques peuvent siéger sur les coronaires et entraîner alors de l'angine de poitrine d'origine palustre. »

Cette dernière assertion, de la localisation des lésions sur les coronaires, n'est pas partagée par *Lancereaux*, qui pour jeter quelque lumière sur cette question d'angine de poitrine, présente un travail, devant l'Académie de Médecine en 1894 sur « la nevrite du plexus cardiaque et l'angine de poitrine, liées à l'aortite en plaques ou aortite paludique », et, dans lequel, nous trouvons les premières observations de Lancereaux, avec localisation précise de la lésion.

Nous retrouverons ces observations en détail à la fin de notre thèse (voir observat. Lancereaux 1894) et nous donnons maintenant les renseignements que Lancereaux nous apporte sur deux autres malades de son service.

C'est un homme de 25 ans et une femme de 39, qui à la suite d'un séjour dans un pays paludéen, présentent une lésion de la première portion de l'aorte, qui explique l'angine de poitrine et il conclut, en terminant, que ce n'est pas l'angine de poitrine, mais bien l'aortite qui se lie au paludisme.

Dans cette même séance, *Le Roy de Méricourt* et *Laveran*, font les plus expresses réserves, à l'égard de cette théorie, que, du reste, quelques années plus tard, ils reprennent et discutent.

Au sujet de cete communication, le Dr *Fayrer*, de Londres, répond : « Il se peut bien, que j'aie vu des cas d'angine de poitrine et d'aortite chez des malades qui souffraient en même temps de l'infection malarienne, mais je n'ai jamais pu constater que celle-ci dût être considérée comme la cause directe de l'aortite ou de l'angine ».

L'angine de poitrine reste toujours la seule manifestation de l'aortite ; c'est pourquoi nous retrouvons encore dans le « Journal de Médecine militaire » russe, en 1895, un cas, publié par *Koundrioutzkoff*,, d'un ouvrier prit tous les deux jours à heure fixe d'accès d'oppression, avec douleurs dans la région précordiale, qui ne cédèrent qu'au sulfate de quinine.

Il eut l'occasion de revoir, un an plus tard, le malade pour la même manifestation et il put se convaincre lui-même de la périodicité régulière des accès qui, dès le 3e jour, cédèrent encore à la quinine.

Miron Segalea présente aussi une observation à peu près semblable dans le « Journal de la Société de Thérapeutique ».

Depuis cette époque, la question semble être abandonnée ; en réalité, elle reste toujours dans les mains de *Lancereaux*, qui, pendant 4 années, groupe de nouvelles observations cliniques, de nouveaux arguments plus décisifs et présente à l'Académie de Médecine, en 1899, son dernier travail relatif à la question.

Il rappelle qu'il a publié antérieurement 16 cas d'aortite paludique, auxquels il ajoute maintenant 21 observations nouvelles que nous rapportons (1), de malades paludéens, atteints d'aortite. C'est sur ce total de 37 cas d'aortite paludéenne, qu'il édifie son travail, complété par une étude anatomo-pathologique et clinique.

(1) Voir observations Lancereaux 1899.

Sa conclusion est que, l'aortite paludéenne, de par son évolution, ses caractères anatomiques et cliniques, son mode de terminaison constitue une entité morbide des plus nettes et des mieux définies.

Cette opinion, nettement formulée, loin d'être admise par tous, entraîna, devant l'Académie de Médecine, dans une séance suivante, une nouvelle discussion. *Laveran* en fut le promoteur. Il reprit avec soin le mémoire de Lancereaux, le critiqua point par point et discuta particulièrement ses observations. Son opinion fut partagée par certains auteurs, entre autres *Le Roy de Mericourt*, *Colin* et *Kelsch*, qui s'associèrent à ses objections.

Nous ne retrouvons plus, maintenant, d'articles aussi complets sur la question ; seuls, quelques faits isolés, qui ont été publiés ; ou certaines opinions qui ont été admises en général au cours des études sur le Paludisme et que nous signalerons scrupuleusement.

C'est ainsi que le Dr *Boinet*, qui écrit dans le « Traité de Médecine », en 1899, un important article sur les maladies de l'aorte, note que le paludisme existait dans les antécédents de 3 de ses malades atteints d'anévrysmes de l'aorte, mais qu'il était combiné deux fois à d'autres facteurs plus importants, l'alcoolisme et la syphilis.

Nous retrouvons encore dans le dernier Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert (dernière édition), un article de *Boinet* sur les maladies de l'aorte, qu'il termine ainsi : « Nous venons de voir un vaste anévrysme de l'aorte ascendante avec saillie extra-thoracique, chez un marin de 60 ans qui n'a, pour tout antécédent pathologique, que des fièvres intermittentes contractées en 1859 en Chine ».

Certains auteurs déclarent aussi, avoir observé des cas d'aortite palustre. Ils ne s'étendent pas sur la question et y apportent simplement leur avis ; c'est *Ferreol*, en

1878, et *Hervé*, en 1885, dans leur thèse inaugurale qu'ils soutiennent tous deux à Montpellier.

Pour se convaincre de l'indépendance du paludisme et de l'aortite, Laveran présente un ouvrage de *Cardamatis*, qui, ayant exercé dans des pays palustres, n'a pas été amené à constater des relations entre le paludisme et l'aortite. Nous y découvrons cependant un cas d'anévrysme de l'aorte chez un malade qui avait antérieurement quelques accès de fièvres intermittentes.

Faisant appel à ses confrères qui exercent dans les localités les plus insalubres de la Grèce, Laveran recueille encore du Dr *Theophamidès*, 2 cas d'angine de poitrine chez des paludéens ; du Dr *Chrysospathis*, 6 cas d'angine de poitrine et 3 cas d'anévrysme de l'aorte ; et enfin du Dr *Varlamidès*, 4 cas d'angine de poitrine, toujours chez des paludéens.

Nous retrouvons encore, sans détails, 240 cas d'anévrysmes présentés par le Dr *Etienne*, dans un ouvrage du Dr Boinet, parmi lesquels nous trouvons 8 fois l'impaludisme dans les antécédents de ces malades.

Laveran termine sa communication, en disant que dans les ouvrages les plus récents, ayant pour objet l'étude du paludisme, l'aortite n'est pas mentionnée ou bien elle ne l'est qu'avec les plus expresses réserves parmi les complications possibles du paludisme.

A ce moment là, certainement, cette opinion n'était pas admise par tous, ce qui n'a pas empêché différents auteurs de s'en occuper et d'apporter de nouveaux documents plus probants en faveur de la théorie de Lancereaux.

C'est ainsi que *Potain*, fit une importante communication à l'Académie de Médecine, quelques temps après, le 25 juillet 1899, sur « un cas d'aortite aiguë transitoire d'origine paludéenne ».

Nous rapporterons cette observation telle que Potain l'a présentée et nous donnons maintenant la conclusion qu'il en a tiré : « L'aorte, dit-il, peut être atteinte par l'infection paludéenne ; cette aortite paraît analogue aux aortites légères qu'on rencontre au cours ou à la suite des diverses maladies infectieuses ; enfin, il y a lieu d'admettre une aortite aiguë transitoire d'origine paludéenne ».

Telles sont les conclusions que Potain déposait, en 1899, devant l'Académie de Médecine. Malgré ses assertions, *Huchard*, la même année, dans son traité des « Maladies du cœur et de l'aorte », admet l'aortite comme manifestation possible du paludisme ; mais en fait une manifestation tardive. Il déclare cependant avoir observé, après Lancereaux, des anévrysmes d'origine manifestement palustre.

Dans son traité qu'il fit paraître en 1910 sur « Le cœur et l'artério-sclérose », il ne s'étend pas davantage sur la question, et continue à admettre l'aortite comme complication du paludisme.

Après lui, *Manoussos*, au « Premier Congrès panhellénique de Médecine » à Athènes, présente, sans commentaires encore, 3 cas d'anévrysmes nettement paludéens.

A partir de cette époque, nous ne retrouvons plus que le Dr *Cochez*, d'Alger, qui reparle de la question, en soutenant alors la théorie de Laveran, n'accordant pas au paludisme la place importante que Lancereaux lui donne, dans l'étiologie des anévrysmes de l'aorte.

Depuis ce dernier article, nous ne retrouvons trace de la question ; nous nous apercevons, au contraire, que l'opinion générale conclut le plus souvent à l'origine syphilitique des lésions de l'aorte, même dans les cas où les antécédents syphilitiques font défaut. Il est fréquent de faire ces constatations dans les dernières « Archives des maladies du cœur et de l'aorte », de 1908 à 1911.

Encore quelques cas isolés, très succinctement relatés, d'ectasie de l'aorte, sans étiologie précise et, enfin, quelques cas nouveaux d'angor pectoris et d'aortite, confirmés à l'autopsie, qui ont été relatés, en 1908, dans la « Royale Société de Médecine de Londres », et ce sont là les dernières traces de la question.

Telle est l'évolution du problème, qui, quoique mieux éclairé, ne semble pas avoir reçu une solution bien évidente.

Exposé du sujet

Cet historique complet de la question, que nous nous sommes permis de rapporter, en détails, dans le but de donner une idée générale sur son état actuel, nous montre combien le problème est complexe et à quelles difficultés on se heurte, quand il s'agit d'apporter la preuve véritable de l'existence d'une aortite paludéenne.

Nous avons vu, qu'en réalité, depuis le premier travail de Lancereaux, les auteurs se sont divisés en deux camps bien distincts. Les uns admettent que le paludisme agit comme cause efficiente dans l'aortite ; les autres en nient toute influence. Nous avons suivi la question jusqu'à ces derniers temps et nous nous sommes rendus compte que nous n'en tenions pas encore la solution. Comme, du reste, pour toutes les questions qui entrent dans le cadre des complications plus ou moins tardives du paludisme, il est nécessaire de posséder des arguments plus décisifs pour entraîner la conviction générale.

Sans avoir la prétention de réaliser cette mise au point définitive, nous croyons pouvoir apporter aujourd'hui des documents cliniques, qui, s'ils ne nous donnent pas la preuve absolue, nous permettent au moins d'envisager l'influence du paludisme sur les lésions aortiques, comme très vraisemblable.

Nous nous efforceront donc simplement :

1° De montrer cliniquement la fréquente coexistence des lésions aortiques et du paludisme.

2° **D'envisager la possibilité d'une relation entre ce paludisme et ces lésions aortiques.**

A cette étude nous apporterons, avec la méthode habituelle de l'observation clinique, les résultats des procédés nouveaux d'exploration qui sont maintenant à notre portée.

Placé dans le milieu hospitalier algérien, spécialement favorable à la solution de ce problème, le docteur Dumolard a pu, grâce à la méthode de la Radioscopie systématique des thorax d'un très grand nombre de malades, qu'il pratique depuis plusieurs années dans son service, surprendre certaines manifestations plus apparentes de l'aortite, et les classer, au nom de la clinique, parmi les complications possibles de l'infection paludéenne.

Discussion de la question

Avant de reprendre la discussion de notre question et d'essayer de démontrer la possibilité du retentissement de l'infection paludéenne sur l'aorte, nous sommes, a priori, amenés à considérer cette localisation comme très vraisemblable. En effet, l'incursion fréquente de l'hématozoaire dans les vaisseaux ; les lésions sanguines qu'il détermine dans les reins, dans les poumons, dans la rétine ; sa présence, dans les cas graves, dans les vaisseaux des viscères ; les scléroses vasculaires qui sont consécutives aux poussées aiguës, font croire qu'il n'est pas sans action sur l'endothelium vasculaire.

En réalité, ce sont là de nombreux points communs au tréponème, dont l'analogie avec l'hématozoaire nous frappe.

Et si aujourd'hui, comme nous l'avons vu, l'aortite syphilitique s'est imposée, à un point tel, qu'en présence d'une aortite, la syphilis est presque exclusivement envisagée ; nous savons que le début de son histoire n'a été uniquement basée que sur la mise en évidence d'une coexistence de manifestations d'aortites chez des syphilitiques.

Et, comme pour l'aortite syphilitique, c'est cette première étape qui s'impose normalement, dans l'histoire de notre aortite paludéenne.

CHAPITRE PREMIER

Coexistence fréquente des lésions aortiques et du paludisme

Les preuves de cette coexistence, relativement fréquente, des lésions de l'aorte et du paludisme, nous sont d'abord fournies par l'analyse détaillée des observations des auteurs qui se sont occupés de la question.

C'est ainsi que *Lancereaux*, en 1875, recueille, dans son « Traité d'anatomie pathologique », vingt cas d'aortite en plaques, et note onze fois, dans les antécédents de ses malades, une intoxication palustre contractée la plupart du temps en Afrique ou au Sénégal.

« A la vérité, il pourrait s'agir d'une simple coïncidence, dit Lancereaux, mais, ce qui nous porte à croire qu'il n'en est pas ainsi et qu'on peut admettre l'existence d'une relation causale entre l'impaludisme et l'aortite en question, ce sont les caractères de cette lésion ; aussi bien sa disposition en plaques saillantes d'une étendue de 1 à plusieurs centimètres, que sa localisation pour ainsi dire exclusive aux deux premières portions de l'aorte, son évolution et sa tendance à terminer par des tumeurs anévrismales ».

Il est certain qu'à cette époque, Lancereaux a déjà vu un assez grand nombre d'anévrysmes de l'aorte, puisqu'il établit que : « L'anévrysme est d'autant plus fréquent que l'aortite est plus circonscrite ».

Juliê présente encore, deux ans après, son histoire d' « Epidémie d'affections du cœur à Lunel », dans laquelle il paraît difficile, comme le disent Kelsch et Kiener, d'attribuer à un autre facteur que la malaria, les accidents relatés par l'auteur.

En effet, toutes les causes susceptibles d'expliquer cette épidémie, ont été envisagées par Julié et ce n'est que par suite de l'efficacité du traitement quinique de la découverte d'antécédents paludéens chez ces malades, et enfin de la situation de cette localité au centre d'une région marécageuse, que l'auteur a été contraint de tenir compte de l'influence paludéenne.

Nous retrouvons encore deux très intéressantes observations, l'une du Dr *Léger*, en 1878 (obs. I), ayant trait aux aortites aiguës ; l'autre de *Poulalion*, en 1890 (obs. II), sur l'anévrysme de l'aorte.

Le Dr Léger étudie spécialement l'aortite aiguë, et présente un certain malade atteint de poussée d'aortite aiguë, s'étant établi sur une lésion chronique préexistante de l'artère, et attribue ces lésions à l'alcoolisme, se basant seulement sur les antécédents de son malade.

En effet, dans son passé pathologique nous ne retrouvons que « des excès alcooliques », auxquels le malade s'est livré, et du *paludisme datant de trois ans* et contracté en Afrique. Si l'auteur ne tient pas compte de ce facteur, il nous est permis de le retenir, étant donné qu'il ne démontre pas la spécificité anatomique ou clinique de ces lésions d'aortite dont il accuse l'alcoolisme.

Il en est de même de Poulalion, qui étudie les accidents nerveux qu'entraîne l'anévrysme de l'aorte chez un malade à tempérament arthritique qui n'a comme tout antécédent que du *paludisme*.

Ces faits, pris dans l'ensemble, peuvent avoir une certaine valeur et constituent, malgré tout, des documents intéressants.

Encore attaché à la question, *Lancereaux* décrit, en 1891, dans le « Bulletin Médical », les lésions anatomiques des tuniques de l'aorte, en expliquant aussi la formation de l'anévrysme, au sujet duquel il ajoute : « Le

fait a été reconnu par les médecins militaires anglais, qui ont signalé la fréquence relative des anévrysmes chez les marins et les militaires, ce qui les conduit à les rattacher à la syphilis. Ils ont oublié qu'il est une maladie plus fréquente encore que la syphilis, dans la marine anglaise; cette maladie est le paludisme, et je ne doute pas que s'ils avaient pensé à cette maladie, ils n'eussent reconnu, comme moi, qu'elle est la cause la plus habituelle des anévrysmes de l'aorte. J'ajoute qu'en Roumanie, pays éminemment marécageux, l'aortite paludique est très fréquente, et que les médecins ont continuellement à combattre ses conséquences : angine de poitrine, dilatation de l'aorte, anévrysme aortique, etc...

Mais *Lancereaux* nous apporte encore des documents plus précieux. Nous retrouvons, en effet, dans le « Bulletin de l'Académie de médecine », en 1894, un nouveau mémoire sur « la névrite du plexus cardiaque et l'angine de poitrine liées à l'aortite en plaques ou aortite paludique ».

Dans l'esprit de Lancereaux, ces deux termes d'aortite en plaques et d'aortite paludique sont synonymes, aussi, pour expliquer le mécanisme de l'angine de poitrine par irritation de l'aorte et consécutivement nevrite du plexus cardiaque, s'adresse-t-il à des aortites paludéennes ; ce qui nous permet, ne poursuivant pas le même but, d'arriver à tirer même bénéfice des observations de Lancereaux (v. observ. Lancereaux 1894).

Lancereaux, en effet, rapporte les observations de deux malades, qui présentent tous deux des lésions manifeste de l'aorte et dans les antécédents desquels nous ne retrouvons que du paludisme. Ce sont là certainement des faits cliniques de grande valeur, auxquels nous ajoutons, maintenant, les 21 observations d'aortite chronique chez des paludéens, qu'il présente, en 1899, devant l'Aca-

démie de Médecine et que nous nous permettons maintenant de discuter. Nous en trouverons le résumé à la fin de notre thèse (v. obser. V Lancereaux 1899).

En effet, toutes ces observations n'ont pas la même valeur. Comme on peut s'en rendre compte dans les observations 7, 9, 10, 11, 12, 17 et 18, la réalité de l'infection malarienne est discutable. Lancereaux, en effet, établit son diagnostic de paludisme d'abord sur le fait, que ces malades ont séjourné dans une région marécageuse, et c'est là une évidente exagération, comme le dit Laveran ; en second lieu, sur le fait, que ces malades présentent des lésions aortiques, dans lesquelles il croit trouver la signature étiologique du paludisme. Cette base n'est pas suffisante, et les caractères anatomiques que Lancereaux décrit comme distinctifs de l'aortite paludéenne, méritent d'être confirmés par l'avenir.

Ces dernières observations peuvent donc, tout au plus, corroborer par leur nombre les autres observations de Lancereaux (obs. 1 à 7 et obs. 8, 13, 14, 15, 16, 19, 20 et 21), auxquelles on voudra bien se rapporter et qui sont suffisamment éloquentes par elles-mêmes.

Lancereaux passe, en effet, en revue les diverses étiologies généralement admises dans l'aortite, particulièrement la syphilis, et ne les rencontre chez aucun de ses malades. Il établit pour la plupart le diagnostic clinique de paludisme, et apporte, le plus souvent, la preuve anatomique de ces lésions aortiques.

Il est certain que nous devons tenir compte de l'âge de ces malades, et admettre l'intervention possible de différentes causes, capables d'expliquer ces manifestations aortiques, mais nous n'accepterons pas l'opinion de Laveran, à ce sujet, qui déclare ne tenir aucun compte des malades de Lancereaux, à cause de leur âge, parce qu'il considère comme guéris tous les paludéens qui,

depuis 15 ou 20 ans, n'ont plus eu aucune rechute de fièvre. Nous savons, en effet, que, tout comme une autre infection, le paludisme est susceptible de provoquer ou bien des accidents tardifs, Lancereaux l'a prouvé, ou bien des accidents qui peuvent survenir au cours de ses premières manifestations, l'observation clinique nous l'a démontré maintenant.

Quant aux autres objections de *Laveran*, elles ne reposent sur aucun fait précis ; il se contente de déclarer que, dans sa longue pratique du paludisme, il ne lui a jamais été donné de pouvoir soupçonner de rapport entre l'aortite et le paludisme.

Du reste, dès cette époque, les travaux documentés font défaut, et nous ne retrouvons plus que l'observation du Dr *Cochez*, d'un aortique paludéen, syphilitique et tuberculeux, pour lequel M. Cochez conclut, en raison de la rareté relative des aortites en Algérie, au peu d'influence du paludisme.

Ce manque de documents tient vraisemblablement à la difficulté que l'on éprouve à saisir ces phénomènes latents, soit que les signes physiques puissent être différemment interprétés, soit que leur imprécision ne permette pas de les signaler. C'est ce qui fait dire à Lancereaux que : « Le moment de leur apparition échappe en général ; il n'est marqué, en tout cas, ni par de la souffrance, ni par aucun symptôme appréciable. Et le processus anatomique, longtemps silencieux, ne se manifeste donc, au clinicien, dans la plupart des cas, qu'au bout de plusieurs années ».

Tous ces faits, que nous venons de citer, n'ont évidemment pas la même valeur documentaire, mais de leur ensemble, et de l'analyse de certains d'entre eux, Lancereaux et Poulalion en particulier, se dégage, à notre avis, nettement cette impression, qu'il y a là plus qu'une

coïncidence et que la question ne peut, comme le veut Laveran, se trancher par la négative.

Pour des raisons que nous avons déjà exposées, la solution du problème est autrement difficile, et si nous avons essayé d'y apporter aujourd'hui notre modeste contribution, c'est que nous y avons été amenés par un ensemble de circonstances que nous désirerions exposer aussi brièvement que possible.

Depuis de nombreuses années, nous avons été frappés de la fréquence des manifestations aortiques, dans le milieu hospitalier de Mustapha.

Les premiers faits qui attirèrent notre attention furent surtout les suivants : fréquence des états asystoliques apparus rapidement et, en général, définitifs, dont on trouvait la cause dans une aortite restée fonctionnellement latente. La clinique, aidée de la Radioscopie, montrait, en effet, dans tous ces cas, des aortites, aortites localisées ou dilatations cylindroïdes ou ectasies, dont l'ampliation était, dans certains cas, si volumineuse qu'on se demandait comment il ne s'était pas produit de signes de compression.

En même temps, un certain nombre d'autopsies nous confirmait dans cette idée, de la fréquence des altérations de l'aorte.

Cependant les faits cliniques se multiplièrent avec nos recherches ; la Radioscopie systématique, faite pendant des années, chaque fois que cela était possible, sur les malades que nous avions l'occasion d'observer, nous confirmait dans cette idée : qu'à côté des ectasies de l'aorte, les aortites chroniques et les dilatations de l'aorte existaient, dans ce pays, avec une extrême fréquence.

Ainsi les faits se reliaient les uns les autres ; ainsi s'expliquait la fréquence insolite de ces asystolies aortiques, dont nous avons parlé plus haut.

Il ne nous est malheureusement pas possible de fournir des chiffres, nous pensons d'ailleurs qu'ils n'apporteraient pas à notre travail une grande valeur. Qu'il nous soit permis de dire que notre observation a porté sur un nombre considérable de cas ; que notre opinion est le résultat d'une étude consciencieuse et longtemps poursuivie, et qu'elle est actuellement partagée par les docteurs Lemaire, Aubry et Viallet, auxquels nous avons demandé, en de multiples circonstances, confirmation de notre impression.

Cette opinion, comme nous l'avons dit, est donc essentiellement basée : d'une part, sur l'observation clinique ; d'autre part, sur les constatations radiologiques.

Il n'est pas besoin de dire ici qu'elle est l'importance de l'examen radiologique dans les recherches des altérations de l'aorte. Nous rappellons cependant combien celle-ci peut être utile pour dépister les lésions, même du début.

Voici, à ce sujet, comment s'exprime le Dr *Bordet*, dans les « Archives d'électricité médicale » :

« Nous sommes convaincus que l'emploi méthodique des procédés radiologiques permettra, désormais, de dépister les altérations de l'aorte, à un stade où elles étaient auparavant méconnues.

La Radiologie nous met en mesure d'avoir à tout moment le signalement exact de l'aorte malade, de reconnaître la lésion à son début, d'en suivre le développement ; elle est le complément indispensable de toute investigation clinique et le moyen de contrôle le plus fidèle des procédés thérapeutiques employés ».

Nous tenons à faire remarquer cependant, que dans nos cas les modifications constatées correspondaient à des altérations déjà avancées ; dans tous nos cas, il s'agissait, en effet, de modifications indiscutables dans le volume

de l'aorte ; car nous n'avions malheureusement , à notre disposition, ni appareil orthodiagraphique, ni appareil téléradiographique, seuls capables d'étudier convenablement l'aorte, dès qu'il s'agit, non plus de constater des altérations grossières, mais d'établir des mensurations précises.

Ainsi, nous sommes arrivés à cette double conclusion :

1° *Que les lésions aortiques sont particulièrement fréquentes en Algérie.*

2° *Qu'elles sont très fréquemment latentes et ne se révèlent que grâce à la Radioscopie.*

CHAPITRE II

Possibilité d'une relation entre ces lésions aortiques et le paludisme

Le premier point de la fréquence des aortites en Algérie établi, nous fûmes naturellement amenés à incriminer à l'origine de ces localisations, la syphilis, étant donné surtout que l'élément indigène est en assez grand nombre dans notre milieu hospitalier. Mais, d'une part, le fait de rencontrer de pareilles lésions chez un aussi grand nombre d'européens ; d'autre part, le fait de ne pas toujours retrouver des antécédents syphilitiques chez ces malades, a fait rechercher la signature étiologique de ces lésions, dans une infection aussi répandue, si non davantage, que la syphilis, le paludisme. D'autant plus qu'il était très souvent possible de retrouver dans les antécédents de ces malades, soit par leur histoire, soit par les symptômes cliniques, une infection paludéenne seule ou associée à d'autres infections.

Il est évident que cette relation n'est pas une preuve, et qu'il ne suffit pas de découvrir une infection pour lui rattacher tous les accidents observés ; le paludisme interviendrait trop souvent en Algérie ; néanmoins, ce sont des constatations suffisantes pour attirer et retenir l'attention.

Et la preuve n'existerait que si on admettait comme définitives, caractéristiques et particulières, les lésions d'aortite paludéenne décrites comme pathognomoniques par Lancereaux, puisqu'il est le seul à les avoir décrit. Dans ce cas-là, il ne serait plus permis de douter de l'existence d'une aortite paludéenne.

Mais quelle est la valeur de ces caractères de spécificité anatomique que donne Lancereaux ?

A. — DOCUMENTS ANATOMIQUES ET HISTOLOGIQUES EN FAVEUR DE L'EXISTENCE DE L'AORTITE PALUDÉENNE.

1. — AORTITE CHRONIQUE AU COURS DU PALUDISME

Lancereaux nous donne comme caractéristiques :

a) *Anatomique :* 1° La localisation de la lésion à la première portion de l'aorte.

2° La présence sur la tunique interne de plaques blanchâtres, saillantes, circonscrites et d'aspect gélatineux.

b) *Histologique :* 1° Le début sur la tunique externe qui se vascularise particulièrement et s'épaissit.

2° La présence dans la tunique externe de nombreux éléments embryonnaires qui entourent les petits vaisseaux et perforent avec eux, suivant une direction rectiligne, de dehors en dedans, les trois tuniques de l'artère.

3° L'atrophie de la tunique moyenne.

Les données anatomiques n'ont guère, à l'heure actuelle, de caractère de spécificité. La présence de ces plaques et la fréquence de ces localisations, sont aujourd'hui des attributs de l'aortite en général.

Au point de vue histologique, l'atrophie de la couche moyenne est une constatation banale. Restent donc comme particularités : le début par la tunique externe, sa vascularisation particulièrement intense, et la direction rectiligne, de dehors en dedans, que suivent les éléments embryonnaires avec les vaisseaux.

C'est là une interprétation particulière qui n'a pas encore reçu de confirmation définitive.

Ce que nous nous permettrons de signaler à ce sujet, c'est que nous avons trouvé dans le travail du Dr Léger huit observations de malades atteints d'aortite aiguë, et dont les lésions ont été étudiées à l'autopsie. Or, nous

ne trouvons signalé, que dans la première observation, que nous reproduisons du reste (voir obs. I, Léger), la présence d'un plus grand nombre de vaisseaux et d'éléments embryonnaires dans la tunique externe, comparativement aux autres tuniques ; dénotant ainsi, peut-être, quoique l'auteur ne l'ait pas interprété, la possibilité d'un début sur la couche externe. Or, c'est dans cette seule observation que nous relevons, parmi les antécédents du malade, le paludisme.

Il est certain que ces constatations revêtent un caractère hypothétique tel, qu'il ne nous est pas permis d'en conclure à la spécificité de ces lésions. Nous ne doutons pas qu'elles puissent exister ; quoique, cependant, tout nous porte à croire que les vaisseaux réagissent de la même façon aux irritations infectieuses ou toxiques.

2. — AORTITE AIGUË AU COURS D'UN PALUDISME AIGU

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'observation de malade ayant succombé à un paludisme aigu, et chez lequel on trouve des lésions d'aortite aiguë.

Personnellement, nous nous efforçons, depuis un an, à faire des autopsies de paludisme aigu mortel, et, vu la rareté du paludisme cette année, nous n'avons pu trouver qu'un seul cas d'accès pernicieux chez un indigène de 20 ans, qui succomba en plein coma paludéen. Il est à noter que cet indigène a été pris brusquement, 24 heures avant, par son paludisme.

A l'autopsie l'aorte n'était pas dilatée, mais présentait sur sa face interne des plaques légèrement saillantes et d'une coloration différente du reste de l'endartère.

L'examen microscopique, pratiqué par le Dr Aubry, donna un résultat négatif, et ces plaques furent interprétées comme dûes à des altérations cadavériques.

Pour l'instant, donc, le problème anatomique et histo-

logique de l'aortite paludéenne n'est pas résolu ; sa solution appartient à l'avenir.

Et nous en arrivons alors, nécessairement, à poser le problème clinique.

B. — DOCUMENTS CLINIQUES EN FAVEUR DE L'EXISTENCE DE L'AORTITE PALUDÉENNE

1. — AORTITE CHRONIQUE AU COURS DU PALUDISME

Il ressort de l'historique de cette question, un fait évident ; c'est la fréquence des manifestations douloureuses d'aortites chez des individus présentant dans leurs antécédents du paludisme. Or, ces phénomènes douloureux, accès dyspneïques, accès d'angine de poitrine, sont des symptômes fonctionnels évidemment apparents, mais relativement tardifs. Et il est tout naturel d'essayer de saisir d'une façon plus précoce l'évolution de ces accidents. Pour cela, il faut nous adresser à un symptôme directement lié à l'aortite, la dilatation ; que nous surprendrons par des moyens d'investigation nouveaux, la Radioscopie ; qui sera systématiquement pratiquée, à cause de la latence insoupçonnée de ces manifestations.

Cette ampliation, constituant, par conséquent, grâce à cette méthode, un symptôme apparent intimement lié à l'aortite, nous servira de base dans nos constatations Radioscopiques.

Et pour arriver à établir la réalité d'une relation entre l'aortite et le paludisme, nous demanderons à la clinique des données précises et autant que possible à l'abri des objections.

Nous tiendrons compte, en premier lieu, de l'âge de nos malades, de façon à éliminer ainsi toutes les causes susceptibles d'amener avec l'âge une altération quelconque dans la constitution des tuniques vasculaires. Nous

exigerons un passé pathologique aussi peu chargé que possible, en insistant, particulièrement sur la syphilis.

La fréquence de la syphilis, dans l'étiologie de l'aortite, étant généralement admise, nous insistons particulièrement, chez chacun de nos malades, sur cette infection. Et nous considérons ces malades, autant qu'il est permis à la clinique de l'affirmer (voir nos observations personnelles), comme étant indemnes de toute infection syphilitique (exception faite pour l'obs. XII qui fera l'objet d'une étude spéciale). Les circonstances ne nous ont pas toujours permis d'en demander la preuve au laboratoire.

Quoique cet élément de diagnostic, nous ait parfois échappé, nous n'en attribuons cependant pas moins de valeur à nos observations, sachant bien que la réaction de Wassermann, n'est pas un criterium infaillible ; et « qu'il nous a été donné de la trouver négative chez certains malades, porteurs d'accidents syphilitiques apparents, alors que par contre, on la trouvait, presque indéfiniment positive chez d'autres malades, qui ne présentaient aucune manifestation de syphilis à travers des années. » (Ext. Thèse Biscos. 1912).

En somme, chez nos malades, comme on peut s'en rendre compte, on ne retrouve guère que du paludisme, soit que le diagnostic clinique s'impose, de par la répétition des accès, la régularité de leur forme, et l'action élective de la quinine ; soit que le laboratoire en ait apporté la preuve indiscutable.

De plus, on a constaté, à la Radioscopie de ces malades, une dilatation manifeste de l'aorte. Or, ces dilatations presque toujours latentes, insoupçonnées cliniquement, ont été dans la plupart des cas, des découvertes radioscopiques. Et il nous a été donné ainsi de surprendre un grand nombre d'aortites, alors que les malades n'entraient pas à

l'hôpital pour du paludisme, et que l'examen radioscopique était pratiqué, pour un organe tout-à-fait différent. Et nous avons pu retrouver chez la plupart de ces malades, parmi les antécédents, le paludisme seul ou associé à d'autres infections. Mais, soit à cause de l'âge, soit à cause des associations infectieuses, nous n'avons pu tenir compte uniquement de ces malades, et nous avons attendu des cas plus favorables, que la clinique nous a, du reste, donnés.

Cependant, il est intéressant de se rendre compte, de ce genre de malade qui se rencontre si fréquemment dans le milieu hospitalier algérien, et c'est ce qui nous a fait présenter le malade qui fait le sujet de l'observation XIV. Il est à noter aussi, combien dans cette catégorie d'aortiques les images radioscopiques offraient de ressemblance, et semblaient se présenter, tout au moins, sous le même aspect. Dilatation cylindroïde, irrégulière, festonnée, présentant des teintes inégales et occupant le plus souvent, l'espace compris entre la base du cœur et le commencement de la formation de la crosse de l'aorte.

C'est pour la même raison que nous ajoutons les deux observations ; l'une de Léger (voir obs. I Léger), qui étudiant spécialement l'aortite aiguë, en recherche l'étiologie particulièrement dans l'éthylisme. Ne mentionnant que très sommairement la syphilis, Léger prétend que l'influence que certains auteurs ont voulu accordé à l'infection syphilitique « ne repose pas sur des faits absolument hors de conteste ». Du reste, son malade n'est pas syphilitique. Le paludisme n'entre même pas dans le nombre des facteurs étiologiques, qu'il passe en revue ; et ce sont à « des excès alcooliques qui n'ont amené, pour tout désordre, que des rêves professionnels continuels », qu'est attribué cette aortite. Or, l'auteur retrouve parmi les antécédents du malade, l'infection paludéenne, qu'il

mentionne ainsi, « accès de fièvre quarte qui cédèrent au sulfate de quinine » et qui durèrent trois mois.

L'autopsie montre une poussée aiguë d'aortite, sur une lésion chronique de l'aorte qui est légèrement dilatée.

L'autre observation est un anévrysme de la première portion de l'aorte avec dilatation cylindroïde de la crosse, présenté par Poulalion (voir obs. II Poulalion). L'auteur s'attachant, à l'étude des accidents nerveux qu'ont entraîné ces lésions, n'insiste pas sur l'étiologie de cette aortite, et dit simplement, « nous trouvons chez un arthritique une intoxication paludéenne ancienne. » En effet, le malade n'est pas syphilitique, pas éthylique, n'a jamais eu aucune infection si ce n'est « qu'il contracte en Algérie les fièvres intermittentes qui durent pendant six mois » et dont il ne se trouve complètement guéri qu'à sa rentrée en France.

Il s'agit donc, dans ce cas, d'ectasie de l'aorte chez un paludéen.

Cette observation a actuellement une grosse valeur, à notre avis, à un double point de vue. En raison d'abord des antécédents paludéens uniques chez le malade et de la latence des phénomènes aortiques au point de vue clinique.

En somme, voilà des arguments cliniques, qui ont une valeur indiscutable, car il est difficile, dans les cas que nous venons de passer en revue, de ne pas être tenté d'attribuer au paludisme, les manifestations d'aortite qui ont pu être constatées.

Ce ne sont, certainement pas là, les seuls documents que nous pouvons attendre de la clinique ; il paraît, *a priori*, possible de pouvoir saisir ce processus infectieux, du moment qu'il existe, dans une de ses phases aiguës.

Et c'est là, encore, qu'interviendra plus que jamais, la Radioscopie systématique, qui nous permettra de sai-

sir le phénomène, au moment précis où il se produit ; c'est-à-dire apporter la preuve clinique d'une aortite aiguë, au cours d'une infection paludéenne aiguë.

2. — AORTITE AIGUË AU COURS DU PALUDISME AIGU

L'aorte peut traduire sa réaction passagère à une infection, d'une façon douloureuse.

Qu'il s'agisse de manifestations bruyantes, accès de dyspnée aiguë, crises d'angine de poitrine ; ou que ces manifestations ne revêtent pas la forme d'une véritable crise, et qu'elles se traduisent par des accès douloureux, accès sympathiques abdominaux ou thoraciques par exemple ; il n'est pas douteux que de nombreux cas semblables ont été rapportés par de nombreux observateurs.

Le mémoire de Julié, entre autres, sur une épidémie d'affections du cœur, nous apporte des exemples d'accès dyspnéïques, qu'il semble difficile de ne pas rattacher au paludisme. Du reste, nous savons, que l'accès dyspneïque est classiquement décrit, parmi les différentes formes d'accès de paludisme.

Or, n'est-il pas naturel de penser, vu leur coexistence fréquente avec le paludisme, qu'il s'agit d'aortite aiguë, dilatation de l'aorte, par exemple ; ou simplement d'aortisme aigu, au cours du paludisme, expliquant ainsi bruyamment la réaction passagère de l'aorte à une infection ?

Nous ne pouvons pas apporter une critique bien précise à ces faits, étant donné, que la plupart de ces observations incomplètes ont été prises, à une époque, où nos connaissances cliniques, sur l'angine de poitrine, étaient assez vagues. Dans tous les cas, nous sommes autorisés à dire, que de pareils faits sont très en faveur de l'hypothèse que nous soutenons et qu'ils le seront, d'autant plus, que la preuve décisive de cette réaction passagère de l'aorte.

au cours du paludisme aigu, a été apportée par Potain d'abord, dans une observation, qui est un document de grande valeur (voir obs. VI Potain) et par nous-mêmes ensuite (voir obs. XI et XII).

Il ne s'agit pas là d'interprétation toujours difficile de symptômes subjectifs, mais de la constatation objective d'une dilatation passagère de l'aorte au cours d'un paludisme aigu.

Cette manifestation est silencieuse et nous prouve, une fois de plus, combien il est nécessaire, à cause de la latence de ces réactions, de les rechercher systématiquement par la percussion ou la Radioscopie.

Si la percussion méthodique, a amené Potain à cette découverte, la Radioscopie systématique nous a également permis d'assister à de pareils phénomènes. C'est sur une seule observation que Potain conclut formellement en faveur de l'existence d'une aortite aiguë transitoire et passagère, d'origine paludéenne.

A ce sujet, il dit que « cet agrandissement de la matité, n'est pas imputable à une dilatation de la veine cave supérieure, les jugulaires et l'oreillette droite n'ayant subi aucune dilatation.

L'élévation de la sous-clavière (signe de Faure) qui a coexisté avec l'agrandissement de la matité et disparu avec elle, témoigne de la modification subie par l'aorte.

Cette ampliation de l'aorte est manifestement liée à la fièvre paludéenne, puisqu'elle a pris fin avec elle ; ayant disparu trois jours après le début du traitement.

Cette dilatation n'est pas due à une augmentation de la pression artérielle, puisque loin de diminuer quand le vaisseau revint sur lui-même, elle augmenta au contraire sensiblement.

« L'artère est distendue, dit-il, en raison de la diminution de la résistance de sa paroi. On peut donc se

représenter, l'agrandissement du vaisseau, comme le résultat d'une parésie d'origine infectieuse.

Tout porte à croire qu'une modification fonctionnelle, si accentuée de la paroi artérielle, ne va pas sans quelque modification anatomique correspondante de son tissu.

Et l'on conçoit qu'une atteinte, qui sur le moment ne laisse peut-être aucune trace reconnaissable anatomiquement, puisse préparer pour l'avenir des lésions que Lancereaux a décrites. »

Il est certain que c'est une observation convaincante, d'autant plus que nous ne saurions mettre en doute la valeur de l'observateur et la précision de sa méthode.

C'est le seul fait de ce genre que nous retrouvions avec autant de précision.

Est-ce à dire qu'il n'en a pas existé d'autres ? Nous en doutons, et nous sommes même convaincus, que l'avenir grâce au précieux concours de la Radioscopie, et de la percussion méthodique de l'aorte pendant l'évolution du paludisme, se montrera plus riche, en faits de ce genre.

Il va de soi, que l'attention doit être attirée sur ce point ; nous devons même dire à ce sujet, que c'est un peu après les discussions de Lancereaux à l'Académie de médecine que Potain présentait le malade qui fait l'objet de sa communication.

Nous avons déjà vu les avantages que la Radioscopie systématique, nous ont offert ; et nous montrons, maintenant, qu'elle nous a permis d'assister à la variation de volume de l'aorte chez deux malades dont nous présentons les observations (1). (Voir obs. XI et XII).

---

(1) Nous aurions désiré apporter quelques reproductions schématiques des images radiologiques observées. Pour les raisons que nous avons exposé plus haut, nous y avons renoncé.

En effet, nous aurions donné ainsi l'apparence de l'exactitude à des documents qui n'en comporteraient aucune, étant donné les

Le retentissement de l'infection paludéenne, chez notre premier malade (obs. V.), semble avoir eu, un début rénal. Le malade entre, en effet, à l'hôpital, pour de l'œdème des membres inférieurs, première étape fréquente des lésions rénales paludéennes.

Un bruit de clangor manifeste, attire notre attention sur l'aorte. Et la Radioscopie nous montre, au maximum d'intensité de ce bruit, une dilatation du vaisseau. Dilatation, du reste, qui disparaît après l'institution du traitement, en même temps que cliniquement les signes stétoscopiques, tout en restant encore nets, diminuent d'intensité.

Le malade est à l'abri d'infection antérieure par son âge et ses antécédents ; et si nous ne surprenons pas un accès typique de paludisme, qui, du reste, a pu se produire avant son entrée à l'hôpital, nous surprenons chez lui, une infection, survenue en plein foyer paludéen, à début rénal, qui détermine de la splenomégalie et qui cède à la quinine. Ajoutons de plus que la formule sanguine rendait encore plus probable ce diagnostic.

Nous n'avons pas trouvé d'hématozaires dans son sang, mais nous nous croyons, cependant, autorisés, à poser le diagnostic d'infection paludéenne. Le fait n'est pas unique, du reste, et il nous est arrivé, en présence d'ac-

---

moyens d'études dont nos disposons. Les faits que nous avons constatés étaient grossièrement évidents, nous nous sommes bornés à les enregistrer ; sans vouloir fixer sur le papier, les variations de volume de l'aorte, et apporter ainsi une précision factice à des documents, qui n'en pourraient avoir qu'avec l'aide d'autres méthodes (orthodiagraphie, téléradiographie).

Disons encore que les constatations sont faites en notre présence, mais en dehors de toute intervention personnelle. Les malades étaient présentés à l'écran radioscopique, pour examen du thorax, examen de l'abdomen, sans aucun diagnostic ; de façon à écarter toute influence involontaire, que nous aurions pu exercer sur le radiologiste.

cès de paludisme typiques, de ne pas pouvoir déceler la présence de l'hématozaire, alors que cliniquement, le diagnostic s'imposait, et que le traitement l'a confirmé.

Dans ce cas, nous n'avons pas à envisager, comme Potain, l'hypothèse d'une dilatation de la veine cave supérieure, la clinique et la Radioscopie nous permettent de l'éliminer.

Si nous admettions l'existence seule, d'un phénomène vaso-moteur idiopathique ou associé à une augmentation de la pression artérielle, nous ne saurions expliquer la netteté des signes stétoscopiques au foyer aortique, d'autant, nous l'avons vu, que la pression est restée normale et à peu près constante chez ce malade.

Etant donné, de plus, que cette dilatation aortique a pris fin avec l'infection paludéenne, et sous l'influence du traitement quinique, nous avons des raisons de supposer qu'elle était liée à cette infection.

Il est certain, comme le dit Potain, que : « l'existence d'une affection cardiaque aussi transitoire, étonne d'abord et inspire quelque défiance, l'esprit y étant peu accoutumé, mais nous avons des exemples, de faits analogues, dans le cours ou la convalescence de diverses maladies infectieuses notamment de la fièvre typhoïde et de la pneumonie. » Ces paroles de Potain ont reçu à l'heure actuelle une confirmation qu'il est inutile de discuter.

Nous rapportons une seconde observation de ce genre, que nous tenons à rattacher à la première, car prise isolément, elle pourrait ne pas avoir la même valeur. (Obs. XII).

Il s'agit, en effet, d'un syphilitique (bien que le Wassermann soit négatif), qui, au cours d'un accès de paludisme, confirmé par le laboratoire, présenta une ampliation aortique qui disparut avec l'accès.

Que le vaisseau, soit le siège d'une altération d'origine

syphilitique, nous pouvons l'admettre, mais rien ne nous autorise à attribuer à la syphilis, cette manifestation transitoire du vaisseau, qui correspond à une poussée aiguë de paludisme, et qui semble suivre une marche parallèle à l'accès.

Nous ajouterons que ce malade, sévèrement soigné, depuis un an, pour sa syphilis, a cessé tout traitement depuis un mois. Et en supposant que cette complication, n'ait pas été accompagnée de manifestations plus bruyantes, elle n'aurait eu aucune raison explicable, au moins à l'heure actuelle, de rétrocéder sous l'influence du traitement paludéen.

Comment interpréter cette dilatation chez ces deux malades ?

Nous dirons, avec Potain, que cette ampliation, qui traduit objectivement la parésie et la souffrance de l'aorte, est liée, vraisemblablement, à une altération organique minime du vaisseau ; altération, qui, dans des cas assez nombreux, peut se traduire cliniquement d'une façon plus évidente par des accès de dyspnée angineuse.

De toutes façons, cette dilatation est preuve de la réaction de l'aorte. Que ces manifestations se répètent, et les lésions iront en progressant silencieusement, jusqu'à s'installer définitivement et bruyamment à la faveur d'une cause occasionnelle quelconque, terrain, infection, intoxication ; dans lesquelles, il sera difficile d'accuser directement le paludisme.

Tels sont les résultats que nous apportons aujourd'hui. Ils nous permettent de conclure, croyons-nous, sans trop nous avancer, que les rapports entre le paludisme et les lésions de l'aorte, peuvent être considérés, sinon comme établis d'une façon absolue, du moins comme très probables.

C'est le seul but que nous avons poursuivi dans cette thèse.

Nous ne doutons pas que les recherches ultérieures apporteront des preuves cliniques définitivement convaincantes.

Nous nous rendons bien compte, que cette réalité clinique une fois définitivement établie, l'histoire de l'aortite paludéenne sera encore loin d'être édifiée toute entière. Il sera nécessaire, en particulier, d'établir d'une façon définitive, les lésions anatomo-pathologiques, et de savoir, si celles-ci peuvent revêtir des caractères tellement particuliers, qu'ils soient spécifiques.

Comme nous l'avons déjà dit, nous ne pouvons souscrire, à l'heure actuelle, aux affirmations antérieures de Lancereaux. Toutes les constatations de cet auteur, méritent d'être prises de très près, avec des documents nouveaux. Seule la localisation élective sus-sigmoïdienne, peut être prise en sérieuse considération.

Il faudrait en particulier, dans ce pays où le paludisme abonde, enlever, d'une façon systématique, les aortes de tous les paludéens, et les examiner méthodiquement.

Il faudrait encore, lorsque les cas favorables se présenteront, prélever l'aorte des jeunes paludéens, récemment infectés, pour l'étudier spécialement.

C'est cette étude que nous commençons maintenant à entreprendre.

L'expérimentation nous apportera peut-être avant la clinique, la réalité d'une relation entre ces lésions et le paludisme. Actuellement du reste, étant donné la grande réceptivité des oiseaux, le *Dr Lemaire* a infecté deux espèces particulières de canaris, sur lesquels il se propose d'étudier les lésions aiguës et chroniques d'aortite, qui pourront se présenter.

Quoiqu'il en soit, les constatations faites jusqu'ici, nous semblent avoir, au point de vue thérapeutique, une importance capitale. Jusqu'ici, en effet, la thérapeutique

des lésions de l'aorte était purement symptômatique et paillative, actuellement la thérapeutique tend à devenir étiologique. Nous en avons la preuve, par l'aortite syphilitique, dans laquelle, le traitement mercuriel et maintenant le « 606 », tels qu'en témoignent les travaux de Vaquez, ont donné des résultats satisfaisants.

Si nous en jugeons par l'action modificatrice de la quinine sur le volume de l'aorte au cours du paludisme aigu, il est permis de conclure à la nécessité d'un traitement quinique *rapidement institué, longtemps poursuivi,* et *renouvelé.*

Il s'agit là, en pratique, non seulement d'une thérapeutique curative, mais jusqu'à un certain point, si l'on peut dire, préventive.

Ceci, plus que jamais, nous incite à poursuivre le traitement du paludisme dans ce sens, et à donner la quinine à doses suffisantes, fractionnées, discontinues et longtemps prolongées, chez tous les paludéens. Il va sans dire que les traitements adjuvants, en particulier par les arsenicaux ne doivent pas être, non plus, négligés.

C'est à cette méthode que nous nous sommes ralliés depuis longtemps.

RÉSUMÉ

1° La fréquence des aortites chroniques, aortites localisées, dilatations, ectasies, dans le milieu où nous observons, facilement mise en évidence par la Radioscopie systématique, nous a amené à rechercher, si cette fréquence n'était pas due pour une large part, à l'influence du paludisme.

2° On retrouve, en effet, chez un certain nombre de ces malades, porteurs de grosses aortes, le paludisme, comme facteur infectieux étiologique fréquent, très souvent prédominant ou exclusif.

3° L'observation clinique attentive de l'aorte, pendant les poussées de paludisme aigu, montre qu'à côté des accidents dyspnéiques, à forme angineuse, classiquement décrits ; on peut observer : comme l'a bien vu Potain, et comme nous l'avons constaté, après lui, à l'aide de la Radioscopie ; la dilatation passagère de l'aorte. Cette dilatation transitoire, absolument silencieuse, peut s'observer, non seulement pendant les poussées fébriles accusées, mais aussi chez les malades très anémiés, sans grande réaction fébrile. Cette dilatation peut rétrocéder sous l'influence de la médication spécifique, par la quinine.

4° Nous avons pu, en outre, rassembler un certain nombre d'observations de paludéens jeunes, sans syphilis, sans antécédents pathologiques marqués, chez lesquels nous avons constaté, par la Radioscopie, une augmentation irréductible du volume de l'aorte.

5° Cette augmentation de volume, peut atteindre toute l'aorte ou être localisée. Lorsqu'elle est localisée, il semble, comme le dit Lancereaux, que la localisation élective, porte sur la région sus-sigmoïdienne. Les autres caractères histo-pathologiques donnés par Lancereaux, sont, à l'heure actuelle, insuffisants pour individualiser, au point de vue lésionnel, l'aortite palustre. De nouvelles recherches, dans ce sens, sont nécessaires.

6° Il est donc vraisemblable que le paludisme est un facteur étiologique important, des lésions aortiques.

7° L'action modificatrice de la quinine sur le volume de l'aorte, prouve l'importance de cette médication spécifique.

OBSERVATIONS

Les observations de Lancereaux 1899 sont résumées

OBSERVATION I

(Léger, 1877).

P..... Léon, 35 ans, couvreur, a encore son père qui se porte très bien et a perdu sa mère suite de couches. Il est le seul de la famille qui ait éprouvé quelques désordres du côté du cœur.

A l'âge de 24 ans, étant encore au service militaire, il tombe à l'eau, et éprouve, 4 ou 5 jours après, des douleurs avec gonflement dans les coudes et les épaules. Jamais il n'a eu d'autres articulations prises, mais a été obligé de garder le lit 2 mois sans qu'il eut éprouvé de palpitations, ni subi de traitement indiquant une complication cardiaque. Après cette maladie, il est encore resté huit ans au service, et a repris ensuite son métier de couvreur. Mais il éprouvait déjà après les fatigues, un peu d'essoufflement qui n'a jamais nécessité le repos.

Il n'a pas eu la syphilis, et convient franchement de ses excès alcooliques qui n'ont amené pour tout désordre que des rêves professionnels continuels.

Il y a 3 ans, étant en Afrique, il fut sujet pendant 3 mois à des accès de fièvre quarte, qui cédèrent à l'usage du sulfate de quinine. Mais son affection intéressante remonte à 6 mois seulement. Alors, il commença, au milieu d'une santé très bonne, à souffrir de palpitations et d'une douleur dans les 2 bras, que rejoignait comme une barre transversale. La crise revenait vers 7 h. du soir seulement tous les 10 jours, sans cause appréciable. Il fut alors obligé de garder le lit et fut soigné à l'aide de vésicatoire et de teinture de digitale.

1er février 1876. — Il entre dans le service de M. Dr Bucquoy et y reste 3 jours, pendant lesquels il ne présente aucune crise douloureuse, ne se plaignant que de palpitations, sans œdème ni aucune congestion viscérale.

Un moment de répit lui permet de travailler du 1er au 15 mars. Mais alors, il lui vient comme une gêne épigastrique continuelle qui augmente rapidement et lui rend impossible la marche à contre-vent, mans sans accès d'oppression.

Il revint à l'hôpital Cochin. C'est un homme vigoureux, très sec, sans fièvre, et ne présentant aucune trace d'œdème.

La pupille gauche est un peu plus dilatée que la droite. Au cou les artères battent énergiquement, sans dilatation veineuse. La

sous-clavière est remontée. Ses battements sont énergiques. Frémissement au doigt sur le trajet des artères.

Le pouls radial est régulier, bondissant, retombe brusquement et paraît égal des 2 côtés.

Au cœur, l'impulsion est vigoureuse et très étendue, ainsi que la matité. Les battements sont sourds.

Le 4. — La pointe bat dans le 6e espace, et en dehors du mamelon. A son niveau, existent un léger bruit de souffle systolique et un second diastolique aspiratif. Le premier va, se renforçant un peu vers la base qu'il franchit pour se propager le long de l'aorte ascendante.

Il existe des râles à la base des 2 poumons.

Le 18. — L'oppression continue. Il s'établit un léger œdème autour des malléoles. Digitale.

Le 22. — L'œdème a disparu complètement.

Le 26 .— Trois crises dans la journée. Dyspnée. Morphine.

Le 29. — Dans l'aorte, le second bruit n'est toujours pas soufflant, et la zone de matité de cette artère reste normale.

Le 11. — Sur tout le trajet de l'aorte ascendante, les bruits se sont modifiés : le premier est roulé plutôt que soufflant, le second est nettement soufflant.

Le 19. — Les accès sont plus fréquents. Les pupilles sont franchement inégales.

Le 25. — L'état général est misérable. L'auscultation de l'aorte ascendante fournit toujours les mêmes signes. Œdème autour des malléoles.

Le 30. — On trouve dans le crachoir, un crachat sanglant, rouge-brun, hémoptoïque. C'est le premier accident de ce genre qui soit arrivé au malade. L'auscultation ne révèle que quelques frottements dans la fosse sous-épineuse gauche.

Le 4. — L'état de souffrance continue. Le malade meurt.

A l'autopsie. — Le cœur est énorme. L'aorte fait une saillie dans le péricarde. La tunique externe de ce vaisseau est épaisse, sans taches ecchymotiques. Mais l'artère est en somme peu dilatée. Légère insuffisance.

La surface interne de l'aorte est d'une teinte jaune sur laquelle se détache des ilôts moins pâles, de consistance élastique, ayant le caractère de plaques gélatineuse. La première portion de l'aorte en est toute parsemée.

A l'examen microscopique. — La tunique interne est épaisse dans sa totalité, présentant au niveau des plaques gélatineuses,

un renflement considérable, seulement au niveau duquel existaient des cellules embryonnaires dans les couches les plus superficielles. La tunique moyenne était elle-même infiltrée par places de cellules embryonnaires et notablement plus épaisses. Enfin, la tunique externe participant aux mêmes altérations, présentait surtout de nombreux vaisseaux et des ilôts encore plus nombreux d'éléments embryonnaires, infiltrés jusque dans ses couches les plus externes.

Aux poumons, un infractus à la base du poumon gauche. Le cerveau, les reins et les autres organes sont sains.

OBSERVATION II

(Poulalion, 1890)

Th. C., âgé de 58 ans, boulanger, entre le 8 novembre 1889 à l'hôpital Laennec, dans le service de M. le Dr Ferraud, salle Cruveilhier.

Cet homme se présente à la consultation pour un enrouement et une douleur pongitive, parfois angoissante, qu'il éprouve au niveau de la région sternale.

Antécédents héréditaires. — Le grand père mort à 83 ans subitement. Le père meurt subitement à 49 ans. Il a 2 frères de 60 et 65 ans, bien portants.

Antécédents personnels. — Aucune maladie d'enfance. A 18 ans, il s'engage et part pour l'Algérie où il contracte les fièvres intermittentes qui durent pendant 6 mois.

Les nombreux accès fébriles qu'il éprouve, sont très violents. On l'oblige à rentrer en France et aussitôt les accès de fièvre disparaissent complètement. Depuis cette époque il n'a jamais plus été malade.

Dans l'histoire pathologique de ses antécédents personnels, nous ne trouvons pas de syphilis, pas de symptômes bien marqués d'intoxication alcoolique ; d'ailleurs, le malade dit très franchement n'avoir presque jamais fait usage de vin et de liqueurs ; il buvait seulement un peu de bière.

Il y a 2 ans, à l'âge de 56 ans, il entre à l'hôpital pour des douleurs d'estomac et des phénomènes de bronchite. Soigné pendant 2 mois, il sort, dit-il, complètement guéri. A ce moment-là il ne se plaignait pas du cœur et l'attention des médecins ne paraît pas avoir été attirée de ce côté.

Au mois de mai dernier, il commence à sentir des douleurs derrière le sternum. Par moments il éprouve comme une espèce de constriction au niveau de la gorge et de la partie supérieure du thorax.

Depuis le mois de juillet, il lui est arrivé 3 fois d'éprouver brusquement et à propos de rien, une douleur angoissante qui le prend à la poitrine, derrière le sternum. A la façon dont le malade raconte ces accès douloureux, on ne peut douter de la forme d'angor pectoris qu'ils ont présenté.

Depuis 5 ou 6 mois, il tousse, par quintes, sans expectorer que des mucosités spumeuses et claires. C'est alors qu'il s'aperçoit d'une tuméfaction de la région droite du thorax.

Etat du malade à son entrée. — Il se plaint d'oppression.

A droite du sternum existe une voussure allongée de haut en bas, s'étendant du 2e espace intercostal à la 5e côte.

A la palpation on perçoit des mouvements d'expansion qui occupent toute la voussure, et donne à la main une sensation de reptation.

La percussion permet de délimiter un zone de matité très étendue qui occupe toute la région normale du cœur, correspondant au sternum et toute la voussure anormale.

A l'auscultation, les 2 bruits sont séparés. Il n'existe pas de souffle. Le pouls petit, filant. Les poumons sont sains.

Le malade est petit, d'apparence robuste, il présente un état général assez bien conservé. Pas de fièvre, pas d'amaigrissement. Le faciès est pâle, légèrement terreux.

Les artères présentent une certaine résistance sans être manifestement athéromateuses. Jamais aucun œdème.

Aucune cicatrice sur la peau ni aux organes génitaux. L'appareil digestif normal. Le foie est de volume normal.

La matité de la rate est très augmentée en hauteur.

Jamais de troubles urinaires. Les urines sont normales en quantité et en qualité.

Evolution de la maladie. — Pendant le premier mois, aucune modification ; dans les premiers jours de décembre, dyspnée plus ou moins intense. Douleurs dans le bras gauche. Fréquence des accès, apparition des douleurs. Mort.

Autopsie. — La crosse aortique est très dilatée dans toute son étendue. La crosse est entourée de tissu scléreux.

Elle est boursoufflée dans sa face interne, et recouverte depuis son origine jusqu'à l'aorte descendante par une éruption de plaques molles, gelatiniforme, blanchâtres et jaunâtres.

Sur la portion qui correspond à la trachée existe une plaque du volume d'une pièce de 2 francs.

Tout le reste de l'aorte paraît sain.

A un centimètre au-dessus de l'origine de l'aorte, et à droite, se trouve appendu un anévrysme sacciforme, gros comme une orange, légèrement aplati d'avant en arrière.

Les parois de cette tumeur sont constituées par les tuniques de l'aorte épaissies et résistantes.

Le cœur est légèrement hyperthrophié.

Les autres organes n'offrent rien de particulier.

OBSERVATION III

(Lancereaux, 1894)

Un homme de 45 ans, soldat d'Afrique en 1845, contracte des fièvres intermittentes, se livre à des excès d'absinthe et de tabac, se trouve essoufflé quelques années plus tard et, à la suite d'un repas, il éprouve un premier accès douloureux qui le force à s'arrêter tous les 10 ou 15 pas.

Semblables accès se manifestent à plusieurs reprises, à partir de ce moment, et sont décrits par le malade comme il suit : Serrement épigastrique ou sternal très vif, remontant vers la gorge pour s'y fixer, anxiété précordiale très intense, trismus, douleurs dans les oreilles, sueurs abondantes au visage.

Vers le milieu de février 1863, la fréquence de ces accès amène le malade à l'Hôtel-Dieu où nous pouvons l'examiner à différents intervalles pendant près d'une année. Jusqu'au 5 juin il ne survient que deux accès caractérisés par un serrement épigastrique suivi d'une douleur sternale très vive avec irradiation dans le bras gauche. Le reste du temps il existe à peine un léger degré d'essoufflement. A partir du mois de septembre, les accès augmentent de fréquence ; plus fréquents encore en novembre, ils surviennent quelques heures après le dîner et le 7 décembre vers 10 h. du soir la mort a lieu tout à coup au cours de l'un d'eux.

L'examen clinique nous avait révélé l'existence, à la base du cœur et à l'origine de l'aorte, d'un frottement systolique, qui, en présence des accès douloureux, nous conduisit à diagnostiquer un rétrécissement des orifices des artères coronaires. Le cœur, d'ailleurs, était hypertrophié, mais les autres organes n'offraient aucune trace d'altération, à part la rate et le foie qui se trouvaient légèrement tuméfiés.

A l'autopsie. — Cœur hypertrophié.

L'aorte présentait à 1 millimètre du bord adhérent des valvules sigmoïdes, une plaque à rebords festonnés, ramollie à sa partie centrale. Semblable plaque se voyait encore au niveau de la crosse aortique. La tunique interne était épaissie, et la tunique externe était injectée, rouge, épaissie, depuis l'origine de l'aorte jusqu'au niveau de la crosse et l'altération dont elle était le siège, en raison de sa grande étendue, avait certainement précédé celle de la tunique interne.

OBSERVATION IV

(Lancereaux 1894)

Une femme de 34 ans, habituellement bien portante et sans tare héréditaire, contracta à l'âge de 8 ans des accès de fièvre intermittente tierce, qui persistèrent pendant plus de 6 semaines. A partir de ce moment, elle devint sujette aux étouffements et vers l'âge de 25 ans, elle éprouva pour la première fois, à la partie supérieure du sternum, des crises douloureuses qui furent prises pour des accès d'angine de poitrine.

Ces crises consistaient en une sensation douloureuse qui commençait en général à l'épigastre, pour aller se fixer à la partie supérieure du thorax vers le 2e espace intercostal où elle avait son maximum d'intensité. De ce point, la douleur irradiait avec une grande intensité vers l'épaule gauche.

Cette jeune femme au teint brun, quelque peu anémiée, a malgré tout, les apparences de la santé; ses jambes n'ont jamais été œdématiées ; son foie qui dépasse le rebord costal d'un travers de doigt n'est pas induré. Sa rate est volumineuse. Et l'augmentation du volume de ces organes est manifestement le fait du paludisme.

Les bruits du cœur sont sourds, et à la base on entend un souffle diastolique assez doux ayant son maximum d'intensité à l'orifice aortique. Un souffle systolique plus dur se prolonge jusque sous la clavicule, et s'étend assez loin dans l'aorte. Le pouls bat à 64.

La coexistence chez cette malade d'accès angineux et de souffles indiquant une lésion de la première portion de l'aorte et des valvules sigmoïdes, me conduisit à diagnostiquer une aortite. L'état du reste du système artériel était intact. Après un séjour de deux semaines dans le service, la malade nous quitte le 30 janvier, retourne chez elle où elle finit par succomber dans une de ces crises.

Autopsie. — L'aorte présente à sa face antérieure surtout, une plaque indurée, saillante, à bords sinueux, qui rétrécit les orifices des artères coronaires et s'étend en pointe jusqu'au dessus de l'émergence du tronc brachio-céphalique et de la sous-clavière gauche.

La tunique externe de cette portion de l'aorte est également épaissie. Cet examen a également permis de se rendre compte de la marche du processus. Il est facile de voir que la tunique externe, vivement injectée, est infiltrée de nombreux éléments conjonctifs embryonnaires et que ces éléments se retrouvent, en plus petit nombre jusque dans la tunique interne.

Les autres organes n'ont pu être examinés, mais ils étaient sains, à part le foie et la rate dont l'augmentation de volume ne laissait aucun doute pendant la vie.

OBSERVATION V

(Lancereaux 1899)

1. V. G., 45 ans. Non syphilitique. Atteint de fièvres intermittentes à l'âge de 10 ans. Fait son premier accès d'angine de poitrine à 44 ans. A l'autopsie, toute la première portion de l'aorte est tapissée de plaques saillantes à bords sinueux.

2. A. L., 34 ans. Non syphilitique. Contracte le paludisme à 25 ans. A 30 ans, fut pris de crises d'angine de poitrine. A l'auscultation double souffle au niveau de la 1re portion de l'aorte, ne laissant aucun doute sur l'altération de ce vaisseau.

3. M. L., 35 ans. Non syphilitique. Paludéen à 21 ans. Premières crises à 31 ans. 2 ans après tumeur pulsatile au niveau de la poignée du sternum.

4. M. N., 43 ans. Non syphilitique. Paludéen à 21 ans. A l'auscultation double souffle de l'aorte qui est dilatée.

5. P. Ch., 46 ans. Non syphilitique. A 19 ans, paludéen. A 45, il vit apparaître au niveau du 1er espace intercostal droit une tumeur anévrysmale confirmée à l'autopsie.

6. Ch. A., 25 ans. Non syphilitique. Paludéen à 21 ans. Premières crises à 23 ans. A l'auscultation, double souffle aortique.

7. Ch. M., 35 ans. Non syphilitique. Séjourne en Algérie, mais n'a jamais eu d'accès de paludisme. 14 ans après crises d'angor pectoris et double souffle à l'origine de l'aorte.

8. L. H., 27 ans. Paludéen en 1881. En 1885, présente lésion limitée à la première portion de l'aorte avec douleurs.

9. P. H., 54 ans. Non syphilitique. Bonne santé. Séjourne au Mexique et en Algérie où il prétend ne jamais avoir rien eu. A 48 ans, première crise d'angine. A l'auscultation, pas de souffle à l'aorte.

10. E. J., 46 ans. Non syphilitique. Séjourne à Périgueux. A 18 ans, crises d'angine de poitrine. Dilatation de l'aorte et double souffle aortique.

11. C. Marie, 51 ans. Non syphilitique. Ne se souvient pas avoir eu les fièvres. A 49 ans, apparition d'une tumeur pulsatile ayant érodé le 4e cartilage costal droit.

12. S. P., 33 ans. Non syphilitique. Séjourne aux Indes et en

Chine, sans avoir eu d'accès. A 29 ans, première crise d'angine. Aorte dilatée, est le siège de nombreuses plaque saillantes.

13. B. Pauline, 34 ans. Non syphilitique. Dans sa jeunesse a eu les fièvres. Il y a un an, crises d'angine de poitrine. Double souffle aortique.

14. G. G., 31 ans. Non syphilitique. Fièvres paludéennes à 21 ans. A l'orifice aortique, léger souffle systolique.

15. L. Marie, 52 ans. Non syphilitique. Contracte fièvres intermittentes, type tierce. A 34 ans, anévrysme incontestable de l'aorte et du tronc brachio-céphalique.

16. M. Anna, 33 ans. Non syphilitique. Paludéenne à 17 ans. Depuis ce temps, tumeur pulsatile au niveau de la partie supérieure du sternum.

17. B. Léontine, 65 ans. Non syphilitique. A habité pays marécageux sans avoir eu les fièvres. A l'autopsie, plaques saillantes au niveau de la 1re portion de l'aorte.

18. Homme. 45 ans. Non syphilitique. Bien constitué. Séjourne en Afrique sans avoir eu les fièvres. Crises d'angine de poitrine en 1896. A l'auscultation, souffle systolique à la pointe du cœur. La rate est augmentée de volume.

19. H, 53 ans. Non syphilitique. Impaludé à 16 ans. Anevrysme au niveau de la partie droite de la première pièce sternale. A l'auscultation fort bruit clangoreux.

20. C. Anna, 44 ans. Non syphilitique. Séjourne à Port-Saïd. 3 ans après crises d'angine de poitrine.

A l'autopsie. — Volumineux anèvrysme, communiquant avec l'aorte.

21. G. P., 54 ans. Impaludé à 17 ans. A l'autopsie, ectasie de la première portion de l'aorte.

OBSERVATION VI

(Potain 1899)

Aortite aigue transitoire d'origine paludéenne

Deu..., 25 ans, entré à la Charité, salle Bouillaud, n° 6, le 9 juillet 1889. Né à Paris, d'une constitution robuste, d'une excellente santé habituelle, sans aucun antécédent héréditaire connu, n'ayant jamais été malade, fut conduit par le service militaire, il y a 3 ans, dans le sud de l'Algérie. Là, il fut pris, il y a 9 mois, de fièvre intermittente accompagnée de diarrhée dysentériforme. La fièvre fut quotidienne d'abord, puis tierce. Elle fut traitée par le sulfate de quinine.

Rentré en France, il y a 6 semaines, il fut immédiatement repris de fièvre et de diarrhée. Les accès fébriles reviennent tous les 2 jours. Ils débutent toujours dans la matinée par un frisson prolongé intense, suivi de chaleur et d'une transpiration très abondante. L'accès dure environ 4 heures.

Il avait eu un accès, le jour de son entrée, 9 juillet. Il n'en eut pas le 10 et sa température demeura normale. Le 11, il en eut un qui commença à 4 h. ½ du matin ; lorsque je le vis, il était dans la période sudorale.

La température s'était élevée à 39°8. Le pouls était encore à 108. Il était mou, dépressible et ne donnait qu'une pression de 5 cent. ½ Hg.

La rate mesurait 14 centimètres suivant son grand axe, le foie 14 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

Les bruits du cœur étaient nets, clairs, sans aucun bruit anormal ; sa matité totale mesurait 90 centimètres carrés.

La portion de cette matité appartenant à l'aorte, débordait le sternum à droite de 2 centimètres.

La sous-clavière droite était élevée de 1 centimètre au-dessus du bord supérieur de la clavicule.

La diarrhée persistait.

Il fut prescrit 80 centigrammes de chlorhydrate de quinine en deux fois, la première à 8 heures du soir, la seconde à minuit ; et des lavements d'eau albumineuse.

Depuis, lors, la fièvre n'a plus reparu, et la température a oscillé autour de 36 ½.

Le 12 juillet. — La température étant à 36°, et le pouls à 72, la rate mesurait 15 centimètres. La matité précordiale était toujours

de 90 centimètres carrés, et la sous-clavière encore à 1 centimètre au-dessus du bord de la clavicule.

Le 15 juillet. — L'état apyrétique persistant, l'aorte ne déborde plus le sternum que d'un centimètre. La matité précordiale mesure 87 centimètres cubes. La sous-clavière s'élève à peine au-dessus de la clavicule. La pression artérielle s'est élevée à 8 cent. Hg. Le pouls est à 62.

Le 19 juillet. — Le pouls est à 66. La pression à 8 cent. Hg. La matité précordiale n'est plus que de 80 centimètres carrés. Elle ne déborde absolument plus le sternum.

Le 24 juillet. — Le pouls est à 68. La pression à 7 cent. $\frac{1}{2}$. La rate mesure encore 14 centimètres. Le foie ne dépasse point le rebord costal.

OBSERVATION VII

(Dumolard)

Paludisme grave, datant de 4 mois, chez un homme de 20 ans, sans autres antécédents pathologiques qu'une hydrocèle droite. Dilatation sus-sigmoïdienne de l'aorte.

R... V..., journalier, âgé de 20 ans, se présente à l'hôpital de Mustapha pour une hydrocèle du côté droit apparue depuis deux ans, il attribue à cette tumeur l'altération de son état général survenue depuis deux mois. Il entre à l'hôpital, salle Harvey, le 23 décembre 1911. C'est un homme vigoureux qui ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Il a toujours été bien portant lorsque, il y a 2 ans, le malade qui habite le « Retour de la Chasse » contracta du paludisme. Peu après son testicule droit augmenta de volume.

Il y a deux mois apparurent de nouveaux accès de fièvre avec frissons, chaleur et sueurs. Ces accès intermittents se sont rapidement accompagnés de grande faiblesse et d'essoufflement et ont obligé le malade à quitter son travail et à entrer à l'hôpital.

V... n'est pas éthylique, n'a jamais eu la syphilis et ne présente aucune trace de cette infection.

A son entrée, le malade n'a pas de fièvre mais il est très anémié et sa rate est volumineuse.

L'appareil respiratoire, le système nerveux sont normaux. Le foie, le tube digestif ne présentent rien de particulier.

Le cœur paraît de volume normal mais il existe au niveau du foyer aortique un second bruit très sec ; la sous-clavière droite est légèrement surélevée. Le pouls radial est régulier, bien frappé, il n'y a pas d'hypertension artérielle.

Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre. Pas d'œdème.

Le lendemain de son entrée, subitement après un stade de frissons le malade accuse de la fièvre, la température est à 39°6 ; le diagnostic de paludisme cliniquement posé se trouve confirmé par la recherche de l'hématozoaire qui est positive.

Traitement. — Pendant trois jours une injection de chlorydrate de quinine de 0.50 centigrammes toutes les huit heures environ. La fièvre tombe et ne reparaît plus. Pendant cinq jours une injection de 0.10 d'hectine tous les jours ; puis reprise de la quinine à doses décroissantes.

Radioscopie. — 6 janvier 1912 : l'examen montre une augmentation considérable du volume de l'aorte dans la région sus-sigmoïdienne, elle atteint à ce niveau les dimensions d'une mandarine.

L'état du malade s'améliore rapidement. Un second examen radioscopique pratiqué quelques jours après montre que le volume de l'aorte ne s'est pas modifié.

V... est évacué en chirurgie le 14 janvier pour son hydrocèle, il y est opéré et sort peu après tout à fait bien portant.

OBSERVATION VIII

(Dumolard)

Paludisme grave datant de 3 mois chez une femme âgée de 38 ans. — Rétention chlorurée sans albumine. — Dilatation sus-sigmoïdienne de l'aorte.

P... C..., âgée de 38 ans, ménagère, entre salle Maillot, le 25 novembre 1911, pour fièvre et anémie datant de 3 mois — on ne note rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Personnellement, c'est une femme de constitution excessivement robuste, qui a toujours eu une excellente santé. Mariée depuis quelques années, elle a trois jeunes enfants, tous bien portants ; elle n'a jamais fait de fausses couches, et ne présente aucune manifestation qui puisse faire penser à la syphilis. Elle est très sobre et n'a jamais fait usage immodéré de vin ou d'alcool.

Elle est actuellement enceinte de cinq mois, l'examen abdominal et gynécologique confirme ses dires. La grossesse est normale.

Elle est réglée depuis l'âge de 15 ans très régulièrement ; à 35 ans, elle a eu la variole, et n'a jamais présenté pendant cette maladie la moindre trace d'albumine, ni le moindre œdème.

La maladie actuelle remonte à 3 mois. Elle a été prise, à la fin du mois d'août, à Palestro, pour la première fois, d'accès de fièvre violents qui, rapidement, l'ont affaiblie.

La quinine diminua l'intensité des accès, sans les faire disparaître.

Elle eut, au cours d'un accès qu'elle présenta à Palestro, une abondante épistaxis qui dura deux jours. Cet accident hémorragique, dont l'étiologie resta toujours obscure, nécessita son envoi à Alger.

Un traitement local est institué, en même temps qu'on ordonne à la malade de la quinine à faible dose, de crainte d'arrêter le cours de la grossesse. Malgré cette thérapeutique, les accès reviennent irrégulièrement une fois par semaine, jusqu'au 15 novembre, au grand détriment de son état général.

A l'examen, en effet, la malade, qui a une grande stature, est très amaigrie, anémiée et sans forces.

On constate un œdème presque généralisé. Les jambes sont énormes ; la paroi abdominale est légèrement œdèmatiée. La présence d'une grossesse de 5 mois permet difficilement d'éliminer un léger degré d'ascite, qu'il semble y avoir. Le facies est bouffi ; les paupières légèrement œdèmatiées. La rate, à la palpation, apparaît volumineuse, mais non douloureuse. Le corps thyroïde est hypertrophié, mais de naissance. Pas d'exophtalmie, pas de tachycardie. Jamais de troubles de goitre.

On ne note rien de particulier au système nerveux. Les poumons présentent de la congestion au sommet, en avant et en arrière. En arrière et à droite, vers le hile, on entend une expiration soufflante en un point localisé.

Le cœur présente, à l'auscultation, un bruit mésosystolique s'accompagnant à la palpation d'une sorte de frémissement. Ce bruit ne se propage pas ou peu ; ne se modifie pas, par l'expiration, ni par le changement de position. Il a son maximum entre la pointe xyphoïde et la pointe du cœur. Le pouls est régulier ; la tension artérielle paraît normale. Les urines sont normales, ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Malgré l'absence de fièvre (37°2), on porte le diagnostic de paludisme, qui est confirmé par la présence, dans le sang, de nombreuses petites formes d'hématozoaires, endo-globulaires.

Traitement. — La malade est soumise au traitement quinique énergique : 1 gr. de bichlorhydrate en 4 injections, et hectine, malgré sa grossesse avancée. Régime déchloruré.

Rapidement, l'état général s'améliore. La polyurie s'installe ; les œdèmes diminuent.

Radioscopie. — Le 29 novembre, la Radioscopie montre une obscurité diffuse des poumons. Vers le 1/3 supérieur du poumon gauche, une traînée noire oblique de bas en haut, de dehors en dedans.

Au niveau de l'aorte, une augmentation du diamètre normal de ce vaisseau, dans sa portion initiale.

Le 20 décembre, les œdèmes ont disparu. La malade a recouvré ses forces ; le régime ordinaire institué n'a pas provoqué la réapparition des œdèmes. Plus de signes pulmonaires.

Le 23 décembre, la malade demande à sortir, et quitte l'hôpital complètement guérie, sans que le volume de son aorte ait paru s'être modifié.

OBSERVATION IX

(Dumolard)

Paludisme ancien chez une femme de 24 ans. — Induration bacillaire des 2 sommets. — Dilatation de la première portion de l'aorte.

C... J..., sans profession, âgée de 24 ans, en traitement salle Daviel pour conjonctivité granuleuse et blépharite, est évacuée salle Maillot le 26 janvier 1912 pour céphalée et anémie.

La malade qui n'a jamais joui d'une très bonne santé est sujette depuis son enfance à des poussées inflammatoires du côté des yeux. Ces poussées aiguës excessivement douloureuses se sont accompagnées ces temps derniers d'une céphalée violente pour laquelle la malade est évacuée en médecine. Cette céphalée était, à certains moments si tenace que le traitement mercuriel fut essayé pendant quelque temps sans succès d'ailleurs.

A son entrée en médecine, on se trouve en présence d'une femme dont l'état général est très altéré, elle a maigri notablement et perdu ses forces depuis quelques mois, l'appétit a disparu. C'est dans cet état qu'est survenue une de ces poussées oculaires inflammatoires et la céphalée dont nous parlions plus haut, il y a de cela une vingtaine de jours.

J... a eu la fièvre typhoïde à 11 ans et contracta à 12 ans du paludisme à Marengo. Les accès, du type tierce durèrent trois mois. Depuis les accès reparaissent de façon irrégulière. Mariée, la malade n'a pas d'enfants, elle n'a jamais fait de fausse-couche. Elle ne présente aucun stigmate d'infection syphilitique héréditaire ou acquise.

Actuellement, il n'y a pas de fièvre, la malade ne tousse pas, il n'y a aucun signe nerveux ni méningé, les urines sont normales. Une ponction lombaire donne issue à 10 c. m. cubes de liquide clair qui ne contient ni albumine ni éléments figurés et qui d'ailleurs ne calme aucunement la céphalée.

A l'examen le tube digestif est normal ainsi que le foie; la rate est perceptible.

Le cœur est normal, le second bruit un peu sec à l'aorte.

Aux deux sommets pulmonaires, il existe de la submatité, de l'exagération des vibrations et des craquements secs.

A la radioscopie on constate au-dessus de la naissance des gros

vaisseaux une masse sombre pulsatile de la grosseur d'une mandarine.

En raison de ses antécédents paludéens la malade est soumise au traitement par la quinine et l'hectine. Très rapidement la céphalée disparaît, l'amélioration de l'état général s'installe et la malade quitte le service.

OBSERVATION X

(Dumolard)

Paludisme ancien avec rechutes fréquentes chez un homme de 34 ans. — Dilatation de l'aorte

M. J.... âgé de 34 ans, briquetier, venant de Boufarik, entre le 16 février 1912 salle Harvey pour des accès de fièvre.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Les antécédents personnels sont les suivants : A 20 ans, le malade a eu des chancres mous compliqués de bubons. Cette affection a rapidement guéri et les chancres n'ont laissé sur la verge aucune induration. Il n'existe d'ailleurs actuellement aucun signe récent ou ancien d'infection syphilitique.

A 24 ans : fièvres paludéennes graves contractées au Gué de Constantine qui durent trois ou quatre semaines. Tous les étés, depuis cette époque, le malade a des accès paludéens pendant quelques jours, accès dont la quinine a rapidement raison.

A 30 ans, le malade a été amputé d'urgence de la jambe droite au tiers moyen de la cuisse pour une tumeur développée, nous dit le malade, dans le creux poplité. Cette tumeur apparue depuis quelques mois avait en quelques semaines rapidement augmenté de volume et son développement s'était accompagné de violentes douleurs et de gangrène. Peut-être s'est-il agi d'une tumeur anévrysmale ?

Notons enfin quelques excès éthyliques.

Il y a 4 jours, le malade a eu de nouveau des accès de fièvre typyque survenant tous les jours vers 4 heures du soir. Ce sont eux qui ont décidé le malade à entrer à l'hôpital.

A cette époque, le malade a l'air en effet assez fatigué par la répétition de ses derniers accès, il est pâle, a perdu rapidement ses forces mais l'examen physique ne permet pas de mettre en évidence autre chose qu'une splénomégalie légère et des phénomènes congestifs (submatité et sous-crépitants) à la base des poumons.

Les urines sont normales, le cœur et le système artériel ne présentent rien de particulier.

Le malade est soumis immédiatement au traitement quinique habituel quoique la recherche de l'hématozoaire à son entrée (le malade n'avait pas de fièvre à ce moment) soit restée négative. Très rapidement l'amélioration apparaît, la congestion des bases diminue et en quelques jours le malade est convalescent.

Le 22 février : On constate *à la radioscopie* l'existence immédiatement au-dessus de la base du cœur d'une tumeur pulsatile du volume d'une orange.

Le malade guéri sort le 14 mars.

OBSERVATION XI

(Dumolard et Granger)

Paludisme grave très probable chez un homme de 22 ans, sans antécédents pathologiques. — Dilatation de l'aorte. — Variation du volume de l'aorte sous l'influence du traitement quinique.

Le 5 juillet 1912, entre, salle Harvey, le nommé R... J..., âgé de 22 ans, pour œdème des membres inférieurs apparu depuis quelques semaines.

Le malade est né en Espagne ; il a quitté son pays, il y a 3 ans, pour venir travailler comme journalier à Maison-Carrée ; il a toujours joui d'une bonne santé et ne se souvient pas avoir été malade. On ne trouve, en particulier, ni rhumatisme, ni chorée, ni tuberculose, ni variole, ni fièvre thyphoïde, ni syphilis. C'est un fumeur modéré qui ne boit pas. Il ne présente d'ailleurs aucune trace d'intoxication professionnelle ou accidentelle et on ne retrouve aucun stigmate de syphilis acquise ou héréditaire.

C'est dans cet état d'excellente santé que le malade fut pris, il y a quelques semaines, pendant son travail, de courbature générale, de faiblesse et de fièvre. Fort courageux, il continua cependant à travailler quelque peu, mais, chaque fois qu'il travaillait, les malaises augmentaient au bout de peu de temps ; il y a une dizaine de jours, ses jambes enflèrent subitement. L'apparition de cet œdème décida le malade à entrer à l'hôpital.

A son entrée dans le service l'œdème remonte jusqu'aux genoux ; l'état général est très profondément altéré. L'anémie est très marquée ; le teint est subictérique ; l'appétit a à peu près complètement disparu. Il n'y a pas de fièvre cependant. Le pouls, régulier et souple, bat à 60. La tension au sphygmomanomètre de Potain est entre 16° et 17°. Le malade se plaint d'une légère dyspnée à l'effort.

L'examen physique ne révèle rien de particulier ni du côté des poumons, ni du côté du système nerveux, ni du côté du tube digestif. Le foie a son volume normal.

La rate est, par contre, notablement augmentée de volume et déborde les fausses côtes de plusieurs travers de doigt. Elle est douloureuse à la pression.

Le cœur a son volume normal, mais l'aorte paraît volumineuse à la percussion et l'auscultation décèle au foyer aortique au 2e bruit, un clangor, excessivement marqué avec le timbre spécial comparé

par Potain au bruit de tabourka. Les urines sont rares (800 cc. dans les 24 heures), hautes en couleur, elles ne contiennent ni albumine, ni sucre, mais présentent des traces d'urobiline.

L'examen du sang ne permet pas de déceler d'hématozoaires. La formule sanguine est la suivante :

Globules rouges	4 millions
Globules blancs	12 mille
Polynucléaires	59 %
Mononucléaires	18 %
Lymphocytes	12 %
Eosinophiles	1 %

La réaction de Wassermann dans le sang est négative.

Quelques jours après son entrée, *le malade est examiné aux rayons X*. Les poumons sont normaux ; le cœur plutôt petit, mais l'aorte est très notablement élargie et déborde largement de chaque côté les corps vertébraux. Cette augmentation de volume qui porte surtout sur la portion initiale, s'étend jusqu'à la crosse.

Le malade est alors soumis à la quinine à doses fractionnées et discontinues ; pendant trois jours, trois piqûres de 0,50 cent. de chlorhydrate de quinine, une toutes les huit heures. Pendant les cinq jours suivants, 0,10 centigr. d'hectine chaque jour en injection. Puis reprise de la quinine à doses décroissantes.

Malgré nos recommandations, le malade, qui se sent mieux, ne veut pas garder le lit ; rapidement, cependant, l'état général s'améliore ; l'œdème diminue ; la rate n'est plus douloureuse et tend à revenir à ses dimensions normales.

Pendant tout ce temps, les signes du côté du cœur sont restés les mêmes ; le clangor toujours excessivement marqué est cependant moins intense qu'à son entrée la tension au sphygmomanomètre n'a pas varié.

Le 21 juillet, la *radioscopie* montre une notable diminution dans le volume de l'aorte. Celle-ci est, en effet, encore volumineuse dans la région de la base du cœur, mais au-dessus, son calibre est voisin de la normale.

Le malade quitte la salle malgré nos conseils.

OBSERVATION XII

(Dumolard et Granger)

Paludisme grave chez un homme de 20 ans, syphilitique depuis un an. — Dilatation de l'aorte. — Diminution de la dilatation par le traitement quinique.

F... H... âgé de 20 ans, journalier, entre salle Harvey le 25 août 1912, avec le diagnostic de paludisme; les accès actuels remontent à un mois.

F.... est un homme bien constitué, célibataire. Sans antécédents héréditaires qui méritent de retenir l'attention; il a toujours joui d'une bonne santé; il y a un an, cependant, il contracta un chancre syphilitique pour lequel il fut soigné à Mustapha pendant de longs mois par des piqûres d'huile grise dans le service de M. le Professeur Brault. Le malade a continué d'ailleurs après sa sortie de l'hôpital à suivre un traitement énergique. Les accidents secondaires se sont bornés jusqu'à présent à des plaques muqueuses buccales apparues quelques semaines après le chancre. L'état général du malade ne s'est d'ailleurs à aucun moment ressenti de l'infection syphilitique.

Peu de temps après sa sortie de l'hôpital, le malade qui habite Birtouta contracta du paludisme à grands accès. Ces accès furent traités énergiquement par la quinine et ne réapparurent que dans ces dernières semaines; depuis un mois environ, il ne se passe guère de jours que le malade ne soit saisi d'un accès violent; leur répétition a rapidement altéré l'état général et F.... se décide à entrer de nouveau à l'hôpital.

A cette date F.... paraît à bout de forces, très anémié, il ne présente sauf l'induration de son chancre aucune marque de syphilis actuelle, il n'est pas buveur mais fume beaucoup

L'examen physique ne montre rien de particulier ni du côté des poumons, ni du côté du tube digestif. Le système nerveux est normal, aucune lésion oculaire superficielle ou profonde, pas de signe d'Argyl.

La rate est volumineuse, elle dépasse de 4 travers de doigt les fausses côtes; le cœur, l'aorte, les vaisseaux ne présentent rien de particulier, le pouls est régulier, plutôt mou; la tension au Potain est de 14.

Les urines renferment des traces d'albumine, mais il n'existe

pas d'œdème. Il n'existe aucun signe fonctionnel d'une lésion rénale antérieure. Pas de température.

Diagnostic. — Paludisme qui est confirmé deux jours après, par l'apparition d'un accès de fièvre typique et la présence dans le sang des parasites de la tierce maligne. Deux autres accès apparaissent le 9 et le 13 septembre.

Le 14 septembre : radioscopie. — L'aorte volumineuse dans toute sa portion ascendante déborde de chaque côté la colonne vertébrale de la façon la plus manifeste. L'auscultation soigneusement pratiquée ce jour-là ne révèle aucun signe particulier.

Le traitement quinique est institué suivant la façon habituelle dans le service. Sous cette influence, rapidement, la fièvre disparaît, l'état général s'améliore, les urines redeviennent normales.

Le 20 septembre, le malade veut sortir : A la *radioscopie* on constate une diminution très marquée dans le volume général de son aorte qui présente actuellement le volume normal.

OBSERVATION XIII

(Dumolard et Granger)

Paludisme très probable chez un homme de 30 ans, sans antécédents pathologiques. — Dilatation de l'aorte

G.... H..., âgé de 30 ans, cultivateur, entre salle Harvey, le 8 septembre 1912, pour des accès de paludisme apparus depuis un mois

G.... a toujours joui d'une belle santé et n'a jamais été malade, il habitait l'Espagne jusqu'à l'an dernier où il vint en Algérie. Dès son arrivée il contracta du paludisme sous forme d'accès intermittents de peu de gravité.

Depuis une quinzaine de jours il fut pris à nouveau en plein travail d'un violent frisson de fièvre et de malaises. L'accès qui l'oblige à se coucher dura une heure environ, le lendemain nouvel accès. Le malade prend de la quinine et, depuis ce temps-là, les accès n'ont plus reparu. Mais le malade très fatigué vient reprendre des forces et se reposer à l'hôpital.

A l'examen, on ne note rien autre qu'un léger œdème des membres inférieurs (les urines contiennent 0,50 centigr. d'albumine par litre et sont émises en quantité normale). La rate légèrement hypertrophiée affleure par son pôle inférieur le rebord des fausses côtes.

Tous les autres viscères sont normaux. La température est normale. La tension radiale au Potain est de 18°. Rien au cœur ni à l'aorte. Système nerveux normal.

La réaction de Wassermann est négative dans le sang. Pas d'hématozoaires.

Traitement. — Régime déchloruré et 1 gr. de théobromine.

Le malade suivi pendant quelques jours ne présente pas de température.

Le 13 septembre. — *Radioscopie* : la première portion de l'aorte est volumineuse et présente le volume d'une mandarine.

Le traitement quinique est institué. Le malade s'améliore ; l'œdème, l'albumine disparaissent.

Le 18 septembre. — *Nouvelle radioscopie* : l'état de l'aorte est stationnaire.

Quelques jours après le malade sort sans avoir présenté dans le service, d'accès de fièvre.

OBSERVATION XIV

(Dumolard et Granger)

Paludisme grave, ancien, chez un homme de 49 ans Ethylisme, grosse dilatation de la première portion de l'aorte

Le 24 août 1912 entre salle Harvey, le nommé G.... Jean, âgé de 49 ans, journalier, pour fièvre et œdème des membres inférieurs. Ces phénomènes datent de quelques jours.

G.... est un homme grand, robuste. Son père est mort vieux de pneumonie, sa mère morte, vieille aussi, d'affection inconnue. Il a un frère qui n'a jamais quitté la France et se porte très bien.

Lui-même s'est toujours très bien porté jusqu'à l'âge de 23 ans où, au Tonkin, pendant son service militaire, il contracta les fièvres paludéennes. Il dit n'avoir jamais eu de syphilis et de fait, on ne trouve aucune trace de cette affection. Disons de suite d'ailleurs que la recherche de la réaction de Wassermann faite avec le sang est restée négative.

G.... reconnaît avoir commis surtout entre 20 et 30 ans des excès éthyliques : il prenait régulièrement deux ou trois absinthes par jour ; il ne présente actuellement aucun stigmate d'intoxication éthylique profonde : ni douleurs, ni rêves, ni pituites, ni tremblements. Il a été opéré, il y a 4 ans, d'une hernie inguinale gauche dont il présente la cicatrice dans la région de l'aine.

Ses antécédents infectieux semblent donc être uniquement constitués par du paludisme. Ce dernier fut particulièrement grave et n'a jamais été complètement éteint. Il consiste surtout au début en accès violents de fièvre avec diarrhée dysentériforme et douleurs abdominales qui cédaient rapidement à l'administration de la quinine. Pendant son séjour au Tonkin qui se prolongea entre 23 et 38 ans, les accès revinrent de façon inattendue et irrégulière toujours violents mais rapidement guéris par la quinine.

Il rentre en France à 38 ans et là, pendant un an, la fièvre ne réapparaît plus. Depuis, tous les deux ans environ, il paye son tribut au paludisme par quelques accès de fièvre sans gravité.

G.... est venu en Algérie depuis quelques mois. Il a déjà voyagé pas mal dans le pays et le 11 juillet dernier il a été repris d'accès violents avec frissons sans phénomènes abdominaux cette fois, mais, au bout de quelques accès, les jambes enflent ; malgré la quinine la fièvre persiste ; le malade entre à l'hôpital.

A son entrée, le malade très abattu présente une teinte terreuse

des téguments et l'œdème remonte jusqu'aux genoux. Le foie est normal. La rate est volumineuse et douloureuse. Les urines rares ne contiennent pas d'albumine.

L'appareil respiratoire et l'appareil nerveux fonctionnent normalement.

Le cœur a son volume normal ainsi que l'aorte, le deuxième bruit aortique est sec et claqué. Le pouls est régulier, bien frappé ; la tension au Potain est de 17°.

La température est à 36°9.

Diagnostic. — Paludisme.

Traitement. — Régime déchloruré.

Le 25 août. — Accès de fièvre violent, frissons ; la température monte à 39°9, l'examen du sang montre de nombreuses petites formes d'hématozoaires. Le traitement quinique et arsenical est institué. Très rapidement les phénomènes s'amendent. Il n'y a plus d'accès de fièvre. L'appétit et les forces reviennent, les urines augmentent de volume, l'œdème se résorbe.

Le 8 septembre : Radioscopie. — L'aorte volumineuse présente dans sa première portion le volume d'une orange. Sur la teinte grise générale de la tumeur apparaissent, à un éclairage suffisant, deux ou trois taches plus sombres qui se dessinent nettement, irrégulières, des dimensions environ d'une pièce de cinq centimes.

Quelques jours après, les constatations restent les mêmes.

BIBLIOGRAPHIE

1821. Baumes. — Extrait de « Revue de Médecine », 1890.

1836. Maillot. — Extrait de « Revue de Médecine », 1890.

1842. Boudin .— Extrait de « Revue de Médecine », 1890.

1846. Kalther. — Extrait de « Revue de Médecine », 1890.

1849. Lemaitre. — Extrait de « Revue de Médecine », 1890.

1865. Dickinson. — Transactions pathologiques de Londres.

1865. Hutchinson. — Transactions pathologiques de Londres.

1865. Percy Kidd. — Transactions pathologiques de Londres.

1870. Durozier. — Gazette des Hôpitaux.

1873. Lancereaux. — Archives générales de Médecine. — De l'endocardite végétante et ulcéreuse et ses rapports avec l'intoxication palustre.

1874. Vallin. — Des altérations histologiques du cœur et des muscles volontaires dans les fièvres pernicieuses.

1874. Julié. — Archives de Médecine, Chirurgie et Pharmacie militaires.

1875. Lancereaux. — Traité d'Anatomie Pathologique.

1877. Griensinger. — Traité des maladies infectieuses.

1878. Paulin. — Bulletin de la Société anatomique.

1878. Leger. — Thèse, Paris.

1883. Huchard. — Bulletin de la Société anatomique.

1889. Kelsch et Kiener. — Traité des maladies des pays chauds.

1890. Rauzier. — Revue de Médecine. De certaines localisations cardiaques de l'Impaludisme aigu.

1890. Poulalion. — Bulletin de la Société Anatomique, p. 9.

1891. Lancereaux. — Bulletin Médical.

1892. Huchard. — Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie (2 juillet).

1894. Lancereaux. — Bulletin de l'Académie de Médecine (17 juillet).

1894. Laveran. — Bulletin de l'Académie de Médecine (24 juillet).

1894. Fayrer. — Bulletin de l'Académie de Médecine (24 juillet).

1895. Koundrioutzkoff. — Journal de Médecine militaire russe, cité in Médecine Moderne (23 mars).

1895. Miron Segalea. — Société de Thérapeutique (10 avril).

1899. Huchard. — Anévrysmes de l'aorte. Extrait du « Traité des maladies du cœur et de l'aorte ».

1899. Boinet. — Extrait du « Traité de Médecine » (juin — T. VI).
1899. Lancereaux. — Bulletin de l'Académie de Médecine (4 juillet).
1899. Laveran. — Bulletin de l'Académie de Médecine (18 juillet).
1899. Ferreol. — Extrait du « Traité de Médecine ». Thèse Montpellier, 1878.
1899. Hervé. — Extrait du « Traité de Médecine », Thèse Montpellier, 1885.
1899. Potain. — Bulletin de l'Académie de Médecine (25 juillet).
1899. Cochez. — Société de Médecine des Hôpitaux (24 novembre).
1903. Manoussos. — Les rapports du paludisme sur le système circulatoire. Grèce Médicale (juin).
1907. Laveran. — Traité du Paludisme.
1908-1911. — Archives des maladies du cœur et de l'aorte.
1910. Huchard. — Le cœur et l'artério-sclérose.
1911. Vacquez et Bordet. — Valeur des données radiologiques appliquées à l'étude des aortites. Extrait des Archives d'électricité médicale (10 novembre).

Table des Matières

Avant-propos 9

Historique de la question 11

Exposé du sujet 21

Discussion de la question 23

Chapitre I. — Coexistence fréquente des lésions aortiques et du Paludisme 24

Chapitre II. — Possibilité d'une relation entre ces lésions aortiques et le Paludisme 32

Documents anatomiques et histologiques en faveur de l'existence de l'aortite paludéenne 33

1) Aortite chronique au cours du Paludisme 33

2) Aortite aiguë au cours du Paludisme aigu 34

Documents cliniques en faveur de l'existence de l'aortite paludéenne 35

1) Aortite chronique au cours du Paludisme 35

2) Aortite aiguë au cours du Paludisme aigu 39

Résumé 47

Observation I (Leger 1877) 51

Observation II (Poulalion 1890) 54

Observation III (Lancereaux 1894) 56

Observation IV (Lancereaux 1894) 57

Observation V (Lancereaux 1899) 58

Observation VI (Potain 1899) 60

Observation VII 62

Observation VIII 64

Observation IX 66

Observation X 68

Observation XI 69

Observation XII 71

Observation XIII 73

Observation XIV 74

Bibliographie 76

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Vu :

Le président de thèse,

Ardin-Delteil.

Vu :

Le Doyen,

Dr Curtillet.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 5 novembre 1912.

Le Recteur,

Ardaillon.

ALGER — TYPOGRAPHIE ADOLPHE JOURDAN — ALGER

ALGER — TYPOGRAPHIE ADOLPHE JOURDAN — ALGER